

Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus: Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008

Braun, Bernard; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf; Rosenbrock, Rolf

Veröffentlichungsversion / Published Version
Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Braun, B., Klinke, S., Müller, R., & Rosenbrock, R. (2011). *Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus: Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008*. (artec-paper, 173). Bremen: Universität Bremen, Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-375444>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public. By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

**Bernard Braun, Sebastian Klinke,
Rolf Müller, Rolf Rosenbrock**

**Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und
Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus –
Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung
repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an
Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008**

**artec-paper Nr. 173
Januar 2011**

ISSN 1613-4907



Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec)

Universität Bremen
Seminar- und Forschungsverfügungsgebäude (SFG)
Enrique-Schmidt-Str. 7
Postfach 33 04 40

28334 Bremen
Telefon: +49-421-218-61800
Telefax: +49-421-218-9861800

www.artec.uni-bremen.de

Ansprechpartnerin: Andrea Meier Tel: +49-421-218-61800
e-Mail: andrea.meier@artec.uni-bremen.de

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit ist eine Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der Universität Bremen. Es wurde 1989 zunächst als Forschungszentrum **Arbeit** und **Technik** (artec) gegründet. Seit Mitte der 90er Jahre werden Umweltprobleme und Umweltnormen in die artec-Forschung integriert. Das Forschungszentrum bündelt heute ein multi-disziplinäres Spektrum von – vorwiegend sozialwissenschaftlichen – Kompetenzen auf dem Gebiet der Nachhaltigkeitsforschung. „artec“ wird nach wie vor als ein Teil der Institutsbezeichnung beibehalten.

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit gibt in seiner Schriftenreihe „artec-paper“ in loser Folge Aufsätze und Vorträge von MitarbeiterInnen sowie ausgewählte Arbeitspapiere und Berichte von durchgeführten Forschungsprojekten heraus (www.artec.uni-bremen.de/paper/paper.php).

Inhalt

1	EINLEITUNG.....	4
2	EXECUTIVE SUMMARY	6
2.1	Ergebnisse und Erkenntnisse	7
2.2	Methodische Herausforderungen, Beschränkungen und Vorteile.....	13
3	DRG-FOLGENFORSCHUNG UND DIE LAGE DER PFLEGEKRÄFTE IN KRANKENHÄUSERN	14
3.1	Ergebnisse der DRG-Folgenforschung in anderen Ländern.....	14
3.2	Stand der DRG-Folgenforschung in Deutschland.....	16
3.3	Wichtige Krankenhaus Kennzahlen zur Lage der Pflege.....	21
3.4	Zusammenfassung	23
4	KONZEPT, ERHEBUNGSDESIGN UND METHODEN.....	25
4.1	Sozialwissenschaftlicher Ansatz	25
4.2	Erhebungen im Projektzeitraum	26
4.3	Design der vorliegenden Studie	26
4.4	Daten und Methoden.....	27
5	AUSWIRKUNGEN DES DRG-SYSTEMS AUF ARBEITSBEDINGUNGEN, BERUFLICHES SELBSTVERSTÄNDNIS UND DIE VERSORGUNGSQUALITÄT VON PFLEGEKRÄFTEN.....	32
5.1	Strukturvariablen.....	34
5.2	Verhältnis der Pflegekräfte zu anderen Berufs- und Funktionsgruppen .	41
5.3	Arbeitszeit	54
5.4	Ressourcen, Arbeitsbelastungen, Arbeitszufriedenheit	59
5.5	Berufliches Selbstverständnis von Pflegekräften.....	67
5.6	Versorgungsqualität	75
5.7	DRG-Tendenzen, volkswirtschaftliche Lage und ihr Einfluss auf Motivation, Arbeitsplatzsicherheit und Qualität der Versorgung.....	95
6	DISKUSSION UND ZUSAMMENFASSUNG	98
7	LITERATUR	101
	ANHANG - OPERATIONALISIERUNG DER EINZELNEN BEGRIFFE ...	106

1 Einleitung

Die Pflege in deutschen Krankenhäusern steht möglicherweise vor einem Prozess tief greifender Veränderungen. Mit dem DRG-System ist das seit 1972 geltende 'Selbstkostendeckungsprinzip' endgültig abgelöst worden. Die Umstellung der gesamten Krankenhausfinanzierung auf ein diagnosebezogenes Fallpauschalensystem (Diagnosis-Related Groups = DRGs) gilt als die folgenreichste einzelne Versorgungsreform des deutschen Gesundheitswesens der letzten Jahrzehnte. Alle Leistungen des Krankenhauses sollen einheitlich definiert, pauschaliert und vergütet werden. Die Implementierung des Fallpauschalengesetzes erfolgte schrittweise seit 2003 und wird nach einigen Verlängerungen der dafür konzipierten Konvergenzphase 2010 abgeschlossen sein.

Mit der Einführung der DRG wurden eine Reihe von Erwartungen und Befürchtungen verknüpft. Als vordringlichstes Ziel galt und gilt die Kostenreduktion bei gleich bleibender oder sogar steigender Versorgungsqualität. Überflüssige Leistungen sollten abgeschafft und benötigte Leistungen effizienter erbracht werden. Dabei soll auch die Transparenz der Krankenhausleistungen gesteigert werden (Deutscher Bundestag 2001, 26). Für die Pflege wurde als mögliche Chance eine weitere Professionalisierung diskutiert, die auch wegen der durch eine vermehrte Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte möglichen Kosteneinsparungen realisierbar erschien. Neben diesen Chancen war jedoch aus den Erfahrungen anderer Länder die Befürchtung bekannt, DRG könnten u. a. zu Personalabbau im Pflegebereich führen.

Auch wenn es bis Ende 2009 noch keine Ergebnisse der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Begleitforschung (vgl. Braun/Buhr/Klinke/Müller/Rosenbrock 2008) zu den tatsächlichen Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen gibt, verschafft eine Reihe von wissenschaftlichen Studien erste Einblicke. Im Kapitel zum Stand der Forschung werden die Ergebnisse unterschiedlicher ForscherInnengruppen sowie Ergebnisse amtlicher Statistiken vorgestellt. Diesem Überblick schließt sich dann die Darstellung der eigenen empirischen Ergebnisse dreier, 2003, 2006 und 2008 durchgeführter Pflegekräftebefragungen aus dem Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) an. Dieses vom Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) und vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen mit Unterstützung der Hans-Böckler-Stiftung, der Gmünder Ersatzkasse (GEK), der Landesärztekammer Hessen, der Robert Bosch Stiftung und der Techniker Krankenkasse (TKK) zwischen 2003 und 2009 durchgeführte Projekt befragte nicht nur wiederholt Pflegekräfte, sondern auch Ärzte und Patienten und führte zusätzlich mehrwellige qualitative Fallstudien in vier Krankenhäusern und Routinedatenanalysen durch (vgl. ausführlich Braun/Buhr/Klinke/Müller/Rosenbrock 2010).

Dieses Projekt greift primär auf das Konzept von pflegerischer Arbeit als personaler Dienstleistungsarbeit (Badura/Gross 1977) zurück. Hieraus wurden mehrere forschungsstrukturierende Thesen abgeleitet, die auf die zentrale Bedeutung von Prozessen der Arbeitsverdichtung für die Qualität der Pflege als personaler, lediglich begrenzt „industrialisierbarer“ Dienstleistungsarbeit hinweisen. „Genügend Zeit“ ist daher ein zentraler Indikator für die Qualität der pflegerischen Versorgung.

Im Lichte dieser Leitgedanken wurden die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, deren berufliches Selbstverständnis und deren praktisches Handeln, d. h. die konkrete Leistungserbringung (Versorgungsqualität), untersucht. Die Dreiteilung hinsichtlich Arbeitsbedingungen, beruflichem Selbstverständnis und Versorgungsqualität ergibt sich als bedingtes Ursache-Wirkungsverhältnis¹, wobei insbesondere Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis in einem spannungsreichen

¹ „Bedingtes Ursache-Wirkungsverhältnis“ ist als analytisches Konstrukt gemeint, das sowohl Wechselwirkungen zwischen Arbeitsbedingungen und beruflichem Selbstverständnis mit einschließt, als auch der Tatsache Rechnung trägt, dass Arbeitsbedingungen ad hoc veränderbar sind, während ein berufliches Selbstverständnis mit einem gewissen Trägheitsmoment (Time-Lag) und reaktiv Wandlungstendenzen unterliegt.

Verhältnis stehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich die Institution in einem Anpassungs-/Veränderungsprozess befindet. Die Versorgungsqualität ist als Outputgröße am stärksten eine abhängige Variable² und somit an das Ende der unterstellten Kausalkette platziert.

² Sofern die Veränderung der Versorgungsqualität von den Akteuren als Resultat externer Ressourcenverknappung (z. B. Budgetierung) gedeutet wird, wird von diesen zwar ein umgekehrtes Ursache-Wirkungsverhältnis wahrgenommen (Beispiel: Ausreichende Mittel zur Versorgung der Patienten stehen nicht mehr zur Verfügung und deshalb haben sich sowohl die Arbeitsbedingungen als auch das berufliche Selbstverständnis verändert), jedoch wird in dieser Arbeit analytisch unterstellt, dass die Ressourcenverknappung Teil der Arbeitsbedingungen ist (Bedingungen, unter denen die Leistungserbringung stattfindet), unter denen sich, in Verbindung mit dem beruflichen Selbstverständnis, der Versorgungsanspruch der Versicherten realisiert – die Versorgungsqualität.

2 Executive Summary

Bei den im Folgenden vorgestellten empirischen Ergebnissen des zuletzt von der Robert Bosch Stiftung geförderten Projekts, welches neben einer eigenen Erhebung auf zwei weitere in einer Zeitreihe befindliche Pflegekräftebefragungen aus dem Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) zurückgreift, handelt es sich um Ergebnisse der Untersuchung einer Reihe von Hypothesen, die vor allem die gesundheitspolitisch intendierten Veränderungen der Erbringung akut-stationärer Leistungen aufgreifen.

Im Zentrum der politisch intendierten Veränderungen steht die Umstellung vom Kostendeckungsprinzip hin zu einer prospektiven Finanzierung von Krankenhausleistungen, d. h. anstelle des Anspruchs auf Vergütung aller notwendigen akut-stationären Ausgaben, werden auf der Basis vergangener Ausgaben sowohl die Höhe der erstattungsfähigen künftigen Ausgaben als auch die Regeln, nach denen gestiegene Ausgaben erstattungsfähig sind, festgelegt. In den 90er Jahren wurde zu diesem Zweck der Grundsatz der Beitragsatzstabilität in das SGB V aufgenommen, der sowohl für die Steigerung der Gesamtausgaben der GKV als auch die der erstattungsfähigen Ausgaben der Leistungserbringer bedarfsunabhängige Grenzen setzt. Für die einzelnen Krankenhäuser bedeutete dies die Einführung krankenspezifischer Budgets, die vor allem eine Deckelung der Steigerungsrate der Gesamtvergütung eines Hauses mit sich brachte. Nachdem mit chirurgischen Fallpauschalen experimentiert worden war, wurde ab 2003 ein diagnoseorientiertes Fallpauschalensystem (DRG) eingeführt, welches für alle akut-stationären Leistungen (ausgenommen: Psychiatrie) pauschalisierte Entgelte definiert, sodass nun auch auf der Ebenen des einzelnen Behandlungsfalles prospektiv und vom Einzelbedarf unabhängig vergütet wird. Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) als Basis eines neuen Entgeltsystems schließt somit die Lücke zwischen prospektiver Gesamtvergütung und aufwandsabhängiger Einzelfallvergütung. Dies ist der Zeitraum wo unsere Untersuchung der Lage der Pflege in Krankenhäusern einsetzt (2003) und in den Folgejahren wiederholt wird (2006 und 2008), um Veränderungen der Arbeitsbedingungen, der pflegerischen Abläufe und der Pflegequalität unter den Bedingungen der Umstellung auf die vollständige prospektive Finanzierung von Krankenhausleistungen in Deutschland (DRG) zu messen.

In einigen Ländern existieren prospektive Krankenhaus-Finanzierungssysteme, wie z. B. DRG-Fallpauschalen, schon länger als in Deutschland. Nach den Erfahrungen aus diesen Ländern haben DRGs insbesondere Auswirkungen auf die Kriterien der stationären Behandlungsnotwendigkeit, die Verweildauer im Krankenhaus, die Ganzheitlichkeit der Versorgung und die Anforderungen an die nachstationäre Versorgung, die Versorgung älterer und multimorbider Patienten sowie die Arbeitsbedingungen der Pflegenden. Insgesamt gesehen sind in diesen Ländern die nachgewiesenen Folgen für die Versorgungsqualität weniger eindeutig als erwartet. In jüngster Zeit wurde jedoch in Studien nachgewiesen, dass zwischen Personalabbau in der Pflege und einer Verschlechterung der Versorgungsqualität (z. B. erhöhte Mortalitätsraten) Zusammenhänge bestehen. Unklar ist, ob und wie weit die Erfahrungen anderer Länder mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen (Public/Private-Mix), unterschiedlichen Versorgungsansprüchen (Grundversorgung versus Vollversorgung) und unterschiedlichen Deckungsgraden (Teilfinanzierung durch Fallpauschalen versus Vollfinanzierung) auf Deutschland übertragen werden können. Ihre Ergebnisse werden in diesem Projekt gleichwohl genutzt, um vorhandene Hypothesen zu unterstreichen oder zusätzliche zu generieren.

Es gibt bislang keine repräsentativen quantitativen Längsschnittstudien, die Veränderungen von Arbeitsbedingungen von Pflegekräften und Versorgungsqualität vor dem Hintergrund der Umstellung auf die prospektive Finanzierung stationärer Leistungen messen. Somit füllt der vorliegende Forschungsbericht eine wichtige Lücke im Bereich der Pflegeforschung in Deutschland.

2.1 Ergebnisse und Erkenntnisse

Sowohl was die befürchteten negativen Auswirkungen (z. B. Zunahme des Anteils problematischer Entlassungen) als auch die erhofften Veränderungen des Versorgungsprozesses (z. B. Verbesserung der Aufnahme von Notfallpatienten) angeht, sieht die Wirklichkeit in vielen Punkten anders aus, als von vielen Experten erwartet (vgl. z. B. Arnold/Litsch/Schellschmidt 2000, Deppe/Burkhardt 2002, Fischer 2002, Freytag 2001, Keppler 2001, Kühn/Simon 2001, Lauterbach/Lüngen 2000, Lüngen/Lauterbach 2002, Simon 2000b, Stratmeyer 2002). Weder sind negative Veränderungen in der erwarteten Breite und Intensität mit unseren Befragungen nachweisbar noch haben sich selbst bei hochplausiblen Eigeninteresse der Krankenhäuser Verbesserungen bei der Strukturierung der Behandlungsabläufe unter besonderer Berücksichtigung der Aufnahme und Entlassung von Patienten durchgesetzt. Trotz verstärkter finanzieller Anreize Versorgungspfade zu optimieren, durch in der Konvergenzphase zunehmende Budgetrestriktionen, sind z. T. gegenläufige Entwicklungen zu beobachten (z. B. Verschlechterungen der Kooperation mit nachstationären Versorgungseinrichtungen).

Die Gründe für diese Nicht- oder Fehlwirkung der DRG sind vielfältiger Natur: Ein wesentlicher Grund könnte sein, dass es genug Akteure gibt, die sich im Zeichen der politisch und rechtlich existierenden Ambivalenz zwischen dem Gebot einer bedarfsgerechten Versorgung und dem Wirtschaftlichkeitsgebot – verstanden als Gebot der Beitragssatzstabilität – für erstere entscheiden und dafür auch noch genügend Freiheitsgrade haben. Ein weiterer Grund könnte die Persistenz von fachlichen oder hierarchischen Strukturen und Prinzipien des Krankenhauses (z. B. Chefarztprinzip) sein, die zu einer relativen Immunisierung gegenüber Veränderungsansprüchen der Unternehmensleitung beitragen. Ein dritter Grund ist möglicherweise die Zähigkeit mit der die befragten Pflegekräfte die Dissonanz zwischen traditionellen ethischen und professionellen Handlungsnormen und betriebswirtschaftlichen Handlungslogiken aushalten, ohne ihren Anspruch auf Geltung der traditionellen Normen aufzugeben. Ein Teil der Erklärung mag aber auch dem Charakter des Projektes als Politikfolgenforschungsprojekt geschuldet sein: Bei aller kritischen Distanz gegenüber politischen Interventionen traut man ihnen mehr und schnellere Wirksamkeit zu, als sie eigentlich erreichen können.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Befürchtungen und Erwartungen, die mit der DRG-Einführung verbunden wurden, mit den empirischen Ergebnissen des Projekts konfrontiert.

1. „Die DRG bilden die wirkliche Morbidität unzureichend ab“ (Tendenz: ☞)³

Die Furcht, dass es mit den DRG nicht gelingt, die Fülle der stationären Morbidität zu erfassen und in ihrer Komplexität abzubilden und zu vergüten, ist nach Auffassung der beteiligten Akteure weitgehend unberechtigt. Die Anzahl der DRG betrug 2008 1.137 und hatte sich damit gegenüber 2007 immerhin noch mal um 55 vergrößert. Verbesserungen gab es auch in Bereichen mit extrem komplexen und schwer zu kalkulierenden Leistungen wie z. B. der Geriatrie oder Pädiatrie. Damit liegt die Anzahl der DRG des deutschen „Vollversorgungssystems“ erheblich über der Anzahl der DRG im US-Versicherungssystem Medicare mit seinen 499 „Health Care Financing Administration“-DRG und über den 661 australischen A-DRG. Der R²-Wert als Maß für die Varianzreduktion bzw. die statistische Güte der Klassifikation belief sich 2008 auf 0,7209, gegenüber dem 2007er-Wert von 0,7158. Die relative Zufriedenheit der Akteure – zumindest auf Seiten der Leistungserbringer – hat jedoch auch damit zu tun, dass die DRG im Zuge der jährlichen Anpassungen immer stärker an

³ Erläuterung der Symbole: „Tendenz ☞“ bedeutet „in der Tendenz wurde die voranstehende These bestätigt“; „Tendenz ☞“ bedeutet „in der Tendenz wurde die voranstehende These widerlegt“ und „Tendenz ☞☞“ bedeutet „in der Tendenz wurde die voranstehende These weder bestätigt noch widerlegt“.

Prozeduren orientiert wurden und somit der ursprünglich angestrebte Charakter der möglichst weitgehenden Diagnose-Orientierung geschwächt wurde. Die Diagnose-Orientierung wiederum sollte als Anreiz für mehr Qualität dienen, in dem Sinne, dass der Anreiz besteht, bei feststehender Diagnose (Pauschale) möglichst zielgerichtet und damit auch sparsam zu therapieren. Prozeduren-Honorare hingegen setzen Anreize in Richtung einer Maximierung des Mitteleinsatzes (Beispiel: Beatmungstage). Insofern reflektiert die Zufriedenheit mit den DRG und deren Vergütung auch weniger die Abbildungsgenauigkeit hinsichtlich der Morbidität sondern mehr den Grad der Refinanzierung der Krankenhauskosten, wobei die DRG zu neuen Anreizen für Über-, Unter- und Fehlversorgung führen.

2. „DRG führen vermehrt zu frühzeitigen Entlassungen“ (Tendenz: ↗)

Insgesamt gibt es nur wenige Belege für eine Zunahme medizinisch problematischer Entlassungen und Patientenselektion. Diese mangelnde Empirie liegt vor allem in der starken Sektoralisierung des deutschen Gesundheitssystems begründet, die bisher eine transsektorale Qualitätssicherung verhindert hat und erst jüngst im Kontext der DRG-Einführung als unabdingbar gefordert wird.

Aus Sicht der Pflegekräfte haben sich jedoch die zu frühen Entlassungen unter DRG-Bedingungen nahezu verdoppelt (Zunahme um 12 Prozentpunkte von 13 Prozent in 2003 auf 25 Prozent in 2008) und immer weniger Patienten würden zu einem für den Heilungsprozess optimalen Zeitpunkt entlassen (Abnahme um 11 Prozentpunkte von 45 Prozent in 2003 auf 34 Prozent in 2008).

Hierzu passen die Hinweise aus der REDIA-Studie, dass die Erkrankungsschwere bei orthopädischen und kardiologischen Indikationen in der Rehabilitation 2005/2006 gegenüber 2003/2004 zugenommen hat.⁴

3. „DRGs führen zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität für Patienten mit komplexen Erkrankungen“ (Tendenz: ↗)

Zu den DRG-„Versorgungsqualitäts-Verlierern“ scheinen mit einer gewissen Plausibilität die Patienten mit komplexen, schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen (multimorbide Patienten) zu gehören.

Als Indiz für ein Zutreffen dieser Befürchtung kann gewertet werden, dass der Anteil der Pflegekräfte, die einen negativen Einfluss der DRG auf den Umgang mit Risikopatienten wahrnehmen, von rund 40 Prozent in 2006 auf 47 Prozent in 2008 gestiegen ist (2003 wurde dieses Merkmal nicht erhoben).

4. „DRG verstärken die Auswirkungen von Kostendruck auf die Behandlungswirklichkeit“ (Tendenz: ↗)

Eine ausführliche Pflegeaufnahme findet regelhaft („immer“ und „überwiegend“) unter DRG-Bedingungen deutlich seltener statt (Rückgang um 9 Prozentpunkte von 43 in 2003 auf 34 Prozent in 2008), obwohl unter der Bedingung abnehmender Liegezeiten und in Verbindung mit der Zunahme des Anteils schwerer und pflegeintensiver Fälle (u. a. durch mehr ambulante Operationen) eine umfassende Aufnahme für die zielgerichtete Pflege unter Zeitdruck sinnvoll erscheint. Insgesamt ist der Anteil der Pflegekräfte, die einen eher negativen Einfluss der DRG auf die Durchführung notwendiger Behandlungen wahrnehmen bei 43 Prozent konstant geblieben, während nur 14 (2006) bzw. 13 Prozent (2008) einen eher positiven Einfluss wahrnehmen. Noch allgemeiner ge-

⁴ Vgl. dazu: von Eiff/Klemann/Meyer 2007, von Eiff/Klemann/Middendorf 2005

fragt ist der negative Einfluss der DRG auf die Versorgungsqualität von 51 (2006) auf 55 Prozent (2008) gestiegen, während 13 (2006) bzw. 12 Prozent (2008) einen positiven Einfluss wahrnehmen. Der Anteil der Pflegekräfte, die für ihren Alltag der Feststellung zustimmen, die Patienten in ihrem Haus würden tendenziell auf dem Stand der medizinischen Erkenntnis versorgt („beste Leistungen“) ist von 63 Prozent (2006) auf 60 Prozent (2008) zurückgegangen. Der Anteil der Pflegekräfte, in deren Alltag sich die Versorgung tendenziell nicht nach den Kosten richtet, lag 2006 bei 56 Prozent während 2008 nur noch 49 Prozent dieser Aussage zustimmen. Im selben Zeitraum hat der Anteil derjenigen Pflegekräfte zugenommen, in deren Abteilungen/Häusern voll und ganz „Kosten und medizinische Notwendigkeit abgewogen“ werden (8 Prozent in 2006 gegenüber 11 Prozent in 2008).

5. „DRG stellen bei Pflegekräften das traditionelle berufliche Selbstverständnis in Frage“ (Tendenz: ↗)

Grundsätzlich findet sich auch unter DRG-Bedingungen weiterhin eine große Unterstützung für einen Primat des medizinisch Notwendigen und eine umfassende Versorgung der Patienten auf dem Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnis. Die große Mehrheit stimmt auch heute (2008) einer Nachrangigkeit wirtschaftlicher Erwägungen zu (89 Prozent). Allerdings sind es nur knapp die Hälfte der Pflegekräfte, die dieser Aussage voll zustimmen (49 Prozent). Unter DRG-Bedingungen zeigen sich also Normverunsicherungen, die über die Hälfte der Pflegekräfte betreffen, ein Befund, der auch bereits in früheren Untersuchungen deutlich wurde (Klinke 2003, Manzeschke 2006).

Während 2008 der sehr allgemein gehaltenen Frage „Lege Wert auf eine würdevolle Behandlung der Patienten“ von 79 Prozent (2003: 88 Prozent) der Pflegekräfte zugestimmt wird, ist dies bei der stärker konkretisierten Frage, ob man eine „soziale und emotionale Zuwendung“ (psychosoziale Versorgung) grundsätzlich als zur Versorgung der Patienten zugehörig empfinde, mit 66 Prozent (2003: 69 Prozent) um 13 Prozentpunkte geringer. Ähnlich ist bei beiden Fragen der Zustimmungsrückgang gegenüber 2003 um -9 bzw. -3 Prozentpunkten. Da beide Fragen Kernbereiche des traditionellen pflegerischen Selbstverständnisses berühren, kann unterstellt werden, dass unter DRG-Bedingungen diese Normen unter starken Druck geraten sind.

Zu berücksichtigen ist, dass die Vorstellung von dem, wie man gerne handeln möchte, (Soll) immer in einem gewissen Spannungsverhältnis zur eigenen Handlungspraxis (Ist) steht. Je größer dieser Konflikt – also die Differenz zwischen dem, wie man sich als Pflegekraft verhalten möchte und dem, wie man sich konkret verhält – ist, desto mehr muss davon ausgegangen werden, dass neue Rahmungen und Deutungen das eigene Handeln beeinflussen, welche die alten und grundsätzlich immer noch als richtig angesehenen Handlungsnormen (Soll) in Frage stellen. Somit kann diese Gegenüberstellung von Soll und Ist einen Wandel des beruflichen Selbstverständnisses sichtbar werden lassen, bevor neue Deutungen und normative Leitbilder die alten als herrschend ersetzt haben: Die befragte Pflegekraft wünscht sich zwar noch einen Zustand ex ante (Soll), inkludiert aber bereits andere Handlungsmaximen in seine/ihre Praxis (Ist):

Während 2008 insgesamt 87 Prozent (2006: 84 Prozentpunkte) der Pflegekräfte mehr oder weniger stark die Vorenthaltung effektiver Leistung aus Kostengründen ablehnen, wird die Abwesenheit von Rationierung nur von 12 (2006: 11 Prozentpunkte) Prozent in ihrem Bereich ohne Einschränkung als realisiert angesehen. Also arbeitet ein großer Teil der Pflegekräfte in einer Realität, in der das, was sie moralisch für richtig erachten, nicht ihre Praxis ist. Im Wellenvergleich, über alle drei Rationierungsfragen hinweg betrachtet, zeigt sich, dass der Anteil derjenigen Pflegekräfte, die in ihren Abteilungen Formen von Rationierung wahrnehmen, zwischen 2006 und 2008 tendenziell zugenommen hat, bei einer maximalen Steigerung von 8 Prozentpunkten.

Während 2008 der normativen Frage, ob man eine „soziale und emotionale Zuwendung“ (psychosoziale Versorgung) grundsätzlich als zur Versorgung der Patienten zugehörig empfinde, von 66 Prozent voll zugestimmt wurde (2003: 69 Prozent), ist dies nur für 16 Prozent der Befragten tendenziell der Fall (2006: 15 Prozent) der Fall. Eine ausreichende soziale und emotionale Zuwendung findet sogar nur in 9 Prozent (2003: 8 Prozent) der Fälle statt. 59 Prozent (2006: 53 Prozent) haben aufgrund der Arbeitsbelastung eher gar keine Zeit für die psychosoziale Versorgung ihrer Patienten.

Bei den Pflegekräften herrscht also ein ausgeprägtes Spannungsverhältnis zwischen dem Anspruch, psychosoziale und sonstige pflegerische Versorgung erbringen zu wollen und einer Praxis, die ihnen dies in den meisten Fällen nicht oder nicht ausreichend gestattet. Da diese Fragen Kernbereiche des traditionellen pflegerischen Berufsbildes berühren, muss befürchtet werden, dass unter DRG-Bedingungen diese Normen so unter Druck geraten, dass sich im pflegerischen Selbstverständnis eine Anpassung an die Praxis vollzieht, wie sie sich im Wellenvergleich bereits andeutet.

6. „DRG verbessern die Aufnahme ins Krankenhaus zum Vorteil der Patienten und des Krankenhauses“ (Tendenz: ↗)

Um kostendeckend zu arbeiten, ist es unter DRG-Bedingungen notwendig, schon bei der Aufnahme den Patienten diagnostisch auf das richtige Gleis zu stellen. Deshalb ist es von Vorteil, bei der Aufnahme möglichst qualifiziertes Personal einzusetzen, um zu stringenten Behandlungsplänen zu kommen.

Eine ausführliche Pflegeaufnahme (Zusammenfassung der drei Merkmale „Erhebung des Pflegeaufwands bei Aufnahme“, „Pflegeanamnese bei Aufnahme“ und „Pflegeplanung bei Aufnahme“) trägt unter der Bedingung abnehmender Liege- und damit auch Pflegezeiten sowie der Zunahme des Anteils schwererer Fälle (u. a. durch mehr ambulantes Operieren) zur Versorgungsqualität bei. Umso deutlicher wird ein beachtlicher, 9 Prozentpunkte umfassender Trend (2008 im Vergleich zu 2003) der „Ausdünnung“ oder des Seltenerwerdens dieser Leistung, wobei auch alle drei Einzelbestandteile der pflegerischen Aufnahme jeweils gegenüber 2003 abgenommen haben.

7. „DRG verbessern die Entlassung aus dem Krankenhaus und die Überleitung in nachgeordnete Versorgungsformen“ (Tendenz: ↗)

Ein großer Verbesserungsbedarf besteht offensichtlich bei der Organisation der Entlassung aus dem Krankenhaus: Nur etwa 56 % der befragten Pflegekräfte bestätigten im Jahr 2003, also vor der verbindlichen Einführung der DRG, die Existenz eines Entlassungsmanagements. Fünf Jahre später hat sich die Situation formal nicht verbessert und inhaltlich sogar verschlechtert: Während 2003 für 37 Prozent der Befragten das Entlassungsmanagement gut funktioniert, sind es 2008 nur noch 32 Prozent.

8. „DRG fördern über eine Verkürzung der Liegezeiten die rechtzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus“ (Tendenz: ↗)

Unter DRG-Bedingungen wird die Verkürzung der Liegezeiten, die allerdings schon in den 1990er Jahren einsetzte, weiter vorangetrieben und eine striktere Durchsetzung der AEP-Kriterien von Krankenkassen betrieben, wodurch stationäre Aufenthalte verringert werden sollen. Hierdurch verlagert sich der Heilungsprozess in den nachstationären Bereich, dessen Mittelausstattung und teilweise medizinische Kompetenz (z. B. Wundmanagement) im Vergleich zum akutstationären Bereich schlechter ist.

Aus Sicht der Pflegekräfte haben sich die zu frühen Entlassungen unter DRG-Bedingungen nahezu verdoppelt (Zunahme um 12 Prozentpunkte von 13 Prozent in 2003 auf 25 Prozent in 2008) und

immer weniger Patienten wurden zu einem für den Heilungsprozess optimalen Zeitpunkt entlassen (Abnahme um 11 Prozentpunkte von 45 Prozent in 2003 auf 34 Prozent in 2008). In der Wahrnehmung der Pflegekräfte wurde also das erklärte Ziel der DRG-Einführung, nämlich die Verringerung des Anteils zu später Entlassungen bei gleichzeitiger Steigerung des Anteils der Entlassungen zu einem medizinisch/pflegerisch wünschenswerten Zeitpunkt, nicht nur verfehlt, sondern die diesbezügliche Problematik sogar verschärft.

9. „DRG fördern die Kooperation und den patientenbezogenen Informationsfluss zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus.“ (Tendenz: ↗)

Anhand der uns zur Verfügung stehenden Daten wirken die DRGs auf die Kooperation in zweierlei Hinsicht: Auf der einen Seite liefern die quantitativen Erhebungen Hinweise darauf, dass sich die Kooperationsbereitschaft zwischen den Berufsgruppen unter DRG-Bedingungen verbessert hat. Auf der anderen Seite nimmt der Anteil der Befragten zu, die der Meinung sind, dass die DRGs einen negativen Einfluss auf die faktischen Möglichkeiten (Zeitmangel) zu fachlich notwendiger Kooperation und Information haben.

Der Informationsfluss hat sich daher unter DRG-Bedingungen verschlechtert, obwohl beschleunigte Abläufe vermehrte Kommunikation erfordern, um beispielsweise (Behandlungs-)Fehler zu vermeiden. So ist etwa der Anteil der Pflegekräfte, die einen schlechten Einfluss der DRG auf die Zusammenarbeit mit Ärzten wahrnehmen, von 24 Prozent in 2003 auf 35 Prozent in 2008.

Zusammenfassend gesagt haben sich die – formellen – Kommunikationsstrukturen unter DRG-Bedingungen eher verschlechtert als verbessert. Vor allem die gemeinsame Visite von Pflegekräften und Ärzten findet immer seltener statt, weil die Pflegekräfte aufgrund der Personalknappheit weniger Zeit haben und die Ärzte keine festen Visitenzeiten einhalten, auf die sich die Pflegekräfte einstellen können. Durch den Wegfall der gemeinsamen Visite werden Informationsverluste und Fehler bei der Patientenversorgung wahrscheinlicher.

10. „DRG fördern die Strukturierung der Behandlungsabläufe und damit eine Verbesserung der Qualität.“ (Tendenz: ↗)

Nach Meinung der *Pflegekräfte* sind die Behandlungsabläufe unter DRG-Bedingungen stärker standardisiert worden: Strukturierte Abläufe in Form von Case Management oder Clinical Pathways werden 2008 von 53 Prozent der befragten Pflegekräfte gegenüber 43 Prozent in 2003 als existent angesehen. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass diese Frage keinen Aufschluss über Umfang und Qualität der Behandlungsleitlinien bietet. Offen bleiben zudem, wie verbindlich diese Leitlinien für die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte sind bzw. ob Behandlungspfade auch tatsächlich handlungsleitend wirken.

Auch andere Merkmale der Pflegeorganisation haben sich im Vergleich der Jahre 2003 und 2008 verändert: 89 Prozent geben in 2003 an, dass immer oder überwiegend eine gute Grundpflege gewährleistet ist, während 2008 ein Rückgang der Existenz guter Grundpflege um 11 Prozentpunkte auf 78 Prozent zu verzeichnen ist. Eine ausführliche Pflegeaufnahme (Zusammenfassung der drei Items „Erhebung des Pflegeaufwands bei Aufnahme“, „Pflegeanamnese bei Aufnahme“ und „Pflegeplanung bei Aufnahme“) findet unter DRG-Bedingungen seltener statt (Rückgang um 9 Prozentpunkte 2008 im Vergleich zu 2003), wobei auch alle drei Einzelbestandteile der pflegerischen Aufnahme jeweils gegenüber 2003 abgenommen haben.

Abteilungen für Kurzzeit-Patienten existieren in 2008 nach Meinung von 61 Prozent der Pflegekräfte (Anstieg um 5 Prozentpunkte gegenüber 2003). Abteilungen für poststationäre Versorgung sind 2008 in den Einrichtungen von 57 Prozent der Befragten (Zunahme um 8 Prozentpunkte) vorhan-

den. Dieses Wachstum im Wellenvergleich kann man als DRG-Effekt bezeichnen, denn da im Rahmen von Mischkalkulationen zunehmend ambulante Behandlungen durchgeführt werden, benötigt man diese Abteilungen, um Einnahmen außerhalb des DRG-Systems zu generieren.

Auffällig ist, dass bestimmte Formen strukturierter Behandlung unter DRG-Bedingungen zugenommen haben (z. B. wenn ihre Existenz erlösrelevant ist), während andere Formen strukturierter Behandlung abgenommen haben, wobei letztere direktere Bezüge zur Pflegequalität haben, jedoch erlösneutral sind und kurzfristig kostensteigernd wirken.

11. „DRG verschlechtern die sozialen und materiellen Arbeitsbedingungen von Pflegekräften im Krankenhaus.“ (Tendenz: ↘)

Durch die aus ihrer Sicht höheren Anforderungen (Mischstationen) und den erhöhten Zeitdruck fühlen sich die Pflegekräfte in gestiegenem Ausmaß nicht mehr gut genug für ihre Arbeit ausgebildet. Waren 2003 noch 79 Prozent der Meinung, sie seien gut ausgebildet, sagen dies 2008 nur noch gut 58 Prozent. Neben störenden Unterbrechungen (+14 Prozentpunkte), unregelmäßigen Arbeitszeiten (+ 11 Prozentpunkte), Organisationsmängeln im Krankenhaus (+ 8 Prozentpunkte), dem andauernd hohen Zeitdruck (+7 Prozentpunkte), hat auch die Belastung durch mangelhaften Arbeitsschutz (+ 5 Prozentpunkte) und zu viele administrative Tätigkeiten (+3 Prozentpunkte) 2008 im Vergleich zu 2003 zugenommen. Die Pflege war in den letzten Jahren von Stellenabbau betroffen, der zu einer Verringerung der „Hände“ pro Schicht und Station geführt hat, während gleichzeitig die durchschnittliche Stationsgröße zugenommen hat (Zunahme der Befragten mit mehr als 15 Überstunden/Monat von 30 Prozent auf 39 Prozent). Hinsichtlich der Belastung durch Organisationsmängel und Mängel im Arbeitsschutz bedeuten die Steigerungen jeweils fast eine Verdoppelung der Inzidenz.

Für Pflegende steht - z. B. durch die Beschleunigung der Abläufe - noch mehr als bisher die Ganzheitlichkeit der Versorgung in Frage: 2008 hat der Anteil derjenigen Pflegekräfte zugenommen (+11 Prozentpunkte gegenüber 2003), die bestätigen, dass in ihrer Abteilung die Angehörigen die soziale und emotionale Unterstützung leisten.

Den zum Teil zunehmenden, jedenfalls aber nicht geringer werdenden Arbeitsbelastungen stehen Ressourcen (z. B. interessante Tätigkeit) gegenüber, welche die erwartbaren negativen Auswirkungen der DRG für die Arbeitszufriedenheit teilweise kompensieren können. Für Pflegekräfte haben 2008 diese Ressourcen jedoch in den meisten Bereichen und um bis zu 10 Prozentpunkte gegenüber 2003 abgenommen.

12. „DRG erhöhen den Umfang administrativer Arbeit zu Lasten patientennaher Tätigkeiten“ (Tendenz: ↗)

Für diese oft von Pflegekräften beklagten Tendenzen gibt es weniger und schwächere empirische Belege als erwartet. Das quantitative Verhältnis beider Tätigkeitsarten scheint relativ stabil zu sein und unterscheidet sich auch nicht in Subgruppen der Beschäftigtengruppe. Allerdings hat der Anteil derjenigen, die sich „immer“ durch zu viele administrative Tätigkeiten belastet fühlen, von 15 (2003) auf 19 Prozent (2008) zugenommen.

2.2 Methodische Herausforderungen, Beschränkungen und Vorteile

Eine Politikfolgenforschung, die mit sozialwissenschaftlichen Methoden der Längsschnittanalyse Wirkungen der DRG auf Pflegekräfte ermitteln will, ist möglich, richtig und ertragreich. Eine solche Methodik ist daher auch für andere vergleichbar intensive Interventionen zu empfehlen.

Dabei treten aber auch einige methodische Schwierigkeiten auf, die Auswirkungen auf die Möglichkeiten haben, bestimmte Veränderungen überhaupt oder verlässlich und vollständig messen zu können:

- Dazu zählt das Problem von Ankündigungseffekten im Vorfeld von Gesetzesänderungen und generell die Lückenhaftigkeit der Kenntnisse über DRG-relevante Bedingungen der stationären Versorgung im langjährigen Vorfeld der DRG-Einführung. Beide Probleme erschweren die Möglichkeit von Begleitforschung.
- Inhaltlich bedeutend sind außerdem die Schwierigkeiten, unter dem Einfluss der sich verändernden Krankenhauswirklichkeit und der sich ändernden Wahrnehmungsstandpunkte der Befragten zeitstabil vergleichbare Aussagen über Sachverhalte zu erheben. Die scheinbar paradoxen Widersprüche oder das Nichtzueinanderpassen der allgemeinen Bewertung eines zunehmenden Arbeitszeitanteils für administrative Tätigkeiten und der geringen Veränderung der quantitativen Darstellung dieses Anteils bei den Pflegekräften sind vermutlich ein Ausdruck dieser Wahrnehmungsverschiebungen unter dem Druck von steigender Arbeitsverdichtung.

Schließlich führt die methodische Anlage des Projekts auch zu einer Reihe inhaltlicher Erkenntnisse über die Performanz strukturverändernder Gesundheitspolitik oder der Möglichkeit von Strukturveränderungen in komplexen sozialen Systemen und der Vielfalt der dabei zu berücksichtigenden Faktoren. Besonders kommt dies dort zum Ausdruck, wo sich bisher entgegen den theoretischen Annahmen und politischen Erwartungen über die Wirkrichtung und –stärke der DRG weniger, andere oder gar keine Wirkungen zeigen. Dies gilt sowohl für die befürchteten Selektionseffekte oder die erwartete wesentlich stärkere Strukturierung der Versorgungsabläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung. Welche hemmenden und fördernden Bedingungen empirisch dafür verantwortlich sind, dass trotz plausibler Anreiz- und Interessenstruktur weniger selektiert wird als erwartet und weniger für eine zielgerichtete und zügige Behandlung von Patienten getan wird als dem Patienten und dem Krankenhaus „eigentlich“ gut täte, kann hier nur vermutet werden, da sie nicht systematisch erhoben worden sind. Einige Bedingungen, von denen derartige moderierende Funktionen erwartet wurden, wie etwa der Trägerstatus oder die Größe der Krankenhäuser, hatten meistens keinen oder einen lediglich geringen nachweisbaren Einfluss.

In künftigen Studien sollte daher der Einfluss einer Reihe weiterer möglicher Einflussfaktoren für die wider Erwarten zögerlichere aber auch beschleunigtere Umsetzung von politischen Veränderungsabsichten hypothetisch berücksichtigt und überprüft werden. Dazu gehören so heterogene Faktoren wie die Führungsqualität in den Kliniken⁵, eine noch genauere Erhebung der Kooperationsverhältnisse im Krankenhaus und die öffentliche Kommunikation über „die Situation des Krankenhauses“, die zum Teil pessimistischer ist als die wirkliche Lage. Dass solche und andere Variablen in unserer Studie fehlen, kann ein Grund für die vergleichsweise geringe Erklärungskraft unserer multivariaten Regressionsmodelle sein. Für die damit eindeutig notwendige weitere Forschung u. a. mit anderen Methoden werden soweit möglich Hinweise auf Merkmale gegeben, die dann einzubeziehen wären.

⁵ Die Analysen von Schmidt et al. über die Arbeitszufriedenheit im Krankenhaus identifizierten in einer multivariaten Analyse als wichtigste Einflussfaktoren „Führungsqualität, Zusammenarbeit mit Ärzten, Arbeit-Familien-Konflikt und Bedeutung der Arbeit“ (Schmidt et al. 2008: 113).

3 DRG-Folgenforschung und die Lage der Pflegekräfte in Krankenhäusern

In einigen anderen Ländern, z. B. USA, Australien, Neuseeland, Italien, Österreich existieren pauschale Abrechnungssysteme schon länger als in Deutschland (Coffey/Louis 2001, Duckett 2001, Rochell/Roeder 2001). Allerdings ist das DRG-System bisher in keinem Land flächendeckend für alle Krankenhauspatienten und Leistungen installiert.⁶ Deutschland ist das erste Land, in dem die gesamte Vergütung (außer Psychiatrie) auf Fallpauschalen umgestellt wurde. Insofern handelt es sich hier um ein „international einmaliges Experiment“ (Simon 2000a: 2).

Die Erfahrungen aus anderen Ländern lassen sich nur bedingt auf Deutschland übertragen, da das deutsche Gesundheitssystem einige Besonderheiten aufweist. Hierzu gehören insbesondere die Budgetierung und der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Hinzu kommt, dass sich die genannten Länder in Hinblick auf ihre Gesundheitssysteme stark unterscheiden: Das Spektrum reicht von Grundversorgung bis Vollversorgung, so dass sich die Folgen der DRGs in völlig unterschiedlichen Kontexten entfalten. Dennoch werden die Ergebnisse der DRG-Forschung aus anderen Ländern im Folgenden kurz dargestellt, da sich hieraus zumindest einige Thesen in Hinblick auf die deutsche Entwicklung ableiten lassen. Anschließend wird der Stand der DRG-Folgenforschung in Deutschland dargestellt.

3.1 Ergebnisse der DRG-Folgenforschung in anderen Ländern

Wie in Deutschland wurde auch in anderen Ländern mit prospektiven Finanzierungssystemen zunächst erwartet, dass sich die Versorgungsqualität unter DRG-Bedingungen verschlechtern würde. Diese Befürchtung hat sich im Großen und Ganzen nicht bestätigt. Es gibt jedoch durchaus problematische Entwicklungen, vor allem für bestimmte Patientengruppen wie ältere Menschen. Darüber hinaus hat die Einführung neuer Finanzierungssysteme auch Folgen für die Beschäftigten, insbesondere die Pflegekräfte.

Organisations- und Versorgungsstrukturen und Arbeitsbedingungen

Die Einführung der DRG fördert innerbetriebliche Kosteneinsparungen. Neben Rationalisierung und Optimierung von Arbeitsabläufen gehören hierzu insbesondere Personalabbau oder die Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle (z. B. Arbeit auf Abruf) (Coffey/Louis 2001: 38 f.). Die Folge ist vor allem eine Intensivierung der Arbeit der Pflegekräfte: „During the 1990s the Australian government introduced two major funding reforms into the public healthcare system to bring about productivity and efficiency gains. These were incentive based funding linked to the Medicare Agreements and casemix Diagnosis Related Groups (DRGs). This paper ... demonstrates the impact of these reforms on Westernvale staffing levels over the eight year period from 1994 to 2000, arguing that the nursing division experienced a more protracted period of work intensification than other professional groups such as medicine or medical scientists“ (Willis 2005: 255). Die Arbeitsbedingungen in der Pflege (Zahl und Qualifikation der Pflegekräfte) wirken sich, wie vor allem Studien aus den USA nachgewiesen haben, wiederum auf die Versorgungsqualität aus. Eine bessere Personalausstattung und eine bessere Qualifikation der Pflegekräfte gehen mit einer höheren Si-

⁶ So gibt es im australischen DRG-System, das die Grundlage für die Entwicklung des deutschen Systems bildet, starke Unterschiede zwischen den Bundesstaaten. In Victoria und South Australia werden nur etwa 60 % der Leistungen über DRG abgerechnet. „Der übrige Teil ist von den Fallpauschalen ausgenommen. Darunter fallen die Krankenhausambulanzen, spezialisierte Servicedienste, die auch krankenhausübergreifende Dienstleistungen anbieten (zum Beispiel Humangenetik) oder auch hoch spezialisierte Programme (beispielsweise Dialyse). Die Abrechnung komplexer Fälle, etwa der Intensivpatienten, erfolgt in South Australia anhand eines Tagessatzmodells. Ansonsten wäre keine adäquate Finanzierung möglich. Weiterhin sind die meisten pädiatrischen Zentren in diesen beiden Bundesstaaten aus den Fallpauschalen ausgenommen, da diese im DRG-System nur unzureichend abgebildet sind“ (Haas 2006: A1729).

cherheit für die Patienten und einer höheren Qualität der Versorgung einher (z. B. niedrigere Mortalitätsraten und Komplikationen wie etwa den Krankenhausinfektionen) (Kane/Shamliyan/Muelle/Duval/Wilt 2007, Konetzka/Stearns/Park 2007, Körner/Busse 2001, Needleman/Buerhaus/Stewart/Zelevinsky/Mattke 2006, Page 2004, Tourangeau et al. 2007, Weissman et al. 2007). Die Auswirkungen der DRG auf die Arbeit der Ärzte scheinen insgesamt geringer zu sein als auf die Arbeit der Pflege. Die DRG-Codierung wird in anderen Ländern, im Gegensatz zu Deutschland, häufig von nichtärztlichen Fachkräften übernommen, was Akzeptanzprobleme verringert haben könnte.

Aufnahme

Unter DRG-Bedingungen werden Patienten seltener ins Krankenhaus eingewiesen und sind bei der Einweisung schwerer krank. Dies hängt damit zusammen, dass mehr Leistungen ambulant und/oder außerhalb des Krankenhauses erbracht werden (Böcking/Ahrens/Kirch/Milakovic 2005: 134, Coffey/Louis 2001: 41 f., Louiset al. 1999).

Qualität der Behandlung

Welche Folgen die DRG-Einführung für die Versorgungsqualität hat, ist nicht ganz klar bzw. es muss zwischen verschiedenen Patientengruppen differenziert werden. In den USA waren die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insgesamt gesehen geringer als erwartet: „Obwohl es zu Anfang anekdotische Belege für negative Auswirkungen einer DRG-basierten Vergütung gab, konnten in verallgemeinerbaren Studien insgesamt so gut wie keine negativen empirischen Effekte des PPS auf die Qualität der Krankenhausbehandlung festgestellt werden. Bei fast jeder verwendeten Variablen – Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen oder einem Jahr nach einem Krankenhausaufenthalt, Wiederaufnahmen innerhalb verschiedener Zeiträume, Verlegungen in andere Institutionen, Veränderungen bei der Notfallaufnahme – gab es entweder keine wahrnehmbaren oder nur geringe Veränderungen“ (Coffey/Louis 2001: 40). Es gibt jedoch auch Hinweise darauf, dass vor allem ältere und multimorbide Patienten zu früh bzw. in instabilem Zustand entlassen werden: In Italien stiegen die Wiederaufnahmeraten für ältere Patienten mit Herzversagen unter dem DRG-System an. „These early data indicate a change in the practice patterns of medical staff, including the risk of untimely discharge of elderly patients suffering from chronic diseases, for whom a long term monitoring system of service quality would be necessary“ (Brizioli/Fraticelli/Marcobelli/Paciaroni 1996). In Australien wurde befürchtet, dass sich durch die DRGs die Behandlung von Aborigines verschlechtert, da es sich um eine Bevölkerungsgruppe handelt, die kränker ist als der Durchschnitt der australischen Bevölkerung und dadurch mehr Ressourcen braucht (Fisher, Murray, Clear, Brewerton 1998, Ruben, Fisher 1998).

Entlassung

Die Liegezeiten haben sich in allen Ländern mit prospektiven Finanzierungssystemen verkürzt (Böcking/Ahrens/Kirch/Milakovic 2005: 132 f., Coffey 1999, Eversmeyer 2001: 232, Fincham 2006, Köhler 2002, Louis/Yuen/Braga/Cicchetti/Rabinowitz/Laine/Gonnella 1999, Perelman, Closon 2007, Theurl/Winner 2007). Die Verkürzung der Liegezeiten geht mit einer Verlagerung von Leistungen in den nachstationären Bereich einher: So führte die DRG-Einführung in den USA dazu, dass ältere Patienten schneller in Pflegeheime zurückverlegt werden (Böcking/Ahrens/Kirch/Milakovic 2005: 134). Außerdem kam es zu einer höheren „Inanspruchnahme von postakuter Langzeitpflege und häuslicher Krankenpflege“ (Coffey/Louis 2001: 42). Beobachtet wurde auch eine Verlagerung von Leistungen in den Rehabilitationsbereich: „Die Einstufung von Patienten als subakut zur Rehabilitation hat in Australien zu verschiedenen Problemen geführt. So werden, um die Liegedauer der Patienten zu verkürzen, manche Patienten routinemäßig gegen Ende ihres Aufenthalts als rehabilitationsbedürftig eingestuft, obwohl dafür keine Indikation gegeben ist oder keine entsprechende Rehabilitationsleistung erbracht wird“ (Köhler 2002: 12).

3.2 Stand der DRG-Folgenforschung in Deutschland

Im Folgenden wird dargestellt, wie die DRG-Folgenforschung in Deutschland organisiert ist, welche Ergebnisse vorliegen und welche Fragen aufgrund fehlender Daten bisher nicht oder nicht hinreichend beantwortet werden können. Der Gesetzgeber hat in § 17 b (8) KHG eine wissenschaftliche Begleitforschung der DRG-Einführung in Deutschland vorgeschrieben. Wie bereits oben ausgeführt, existiert die gesetzlich vorgeschriebene Folgenforschung bislang allerdings nur in Ansätzen. Das DRG-Institut InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) legt außerdem seit 2005 jährlich einen Bericht zur Weiterentwicklung des DRG-Systems sowie tabellarische Auswertungen aufgrund der Datenlieferungen der Krankenhäuser gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz vor.⁷ Forschungsprojekte zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags wurden erst im Mai 2008 ausgeschrieben⁸ und wegen des Beginns der Arbeiten des Ende 2008 damit beauftragten Instituts zum Jahreswechsel 2008/2009 liegen noch keine Ergebnisse vor. Es gibt jedoch verschiedene andere Datenquellen und Untersuchungen, die Hinweise auf mögliche DRG-Folgen in Deutschland geben können.

Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte

Nicht erst seit der Diskussion um die Einführung der DRGs gibt es eine breite Diskussion um die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte und die damit verbundene Versorgungsqualität im Krankenhaus. Krankenpflege wird in vielen Studien als eine körperlich und psychisch sehr belastende Tätigkeit beschrieben. Als Folge von fortschreitenden Arbeitsverdichtungen wird nicht nur eine negative Auswirkung auf die Versorgungsqualität unterstellt, sondern auch eine erhöhte Zahl von krankheitsbedingten Fehltagen und eine erhöhte Bereitschaft, aus dem Beruf auszusteigen (vgl. z. B. Hasselhorn/Müller 2005, Hasselhorn/Tackenberg/Büscher/Stelzig/Kümmerling/Müller 2005). Der Zusammenhang zwischen Belastungen und Erwerbsunfähigkeit von Pflegekräften ist allerdings nach wie vor empirisch unterbelichtet.

Im Zuge der Ökonomisierungstendenzen im Krankenhaussektor werden Pflegekräfte als diejenigen Träger variabler Kosten betrachtet, über die Einsparpotenziale realisiert werden können. Während die Zahl der hauptamtlichen Ärzte im Krankenhaus steigt, verringerte sich die Zahl der Pflegekräfte seit 1996 bis fast in die Gegenwart hinein. Diese Verringerung erhält mit der Einführung der DRGs noch mal einen spürbaren Schub. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2007: Tabelle 1.2) hat sich die Zahl der Beschäftigten im *Pflegedienst* (umgerechnet in Vollzeitkräfte im Jahresdurchschnitt) zwischen 2003 und 2006 um gut 6 % verringert, während die Zahl der *Ärzte* um über 8 % angestiegen ist.

Das „Pflege-Thermometer 2009“ (Isfort/Weidner et al. 2010) zeigt, dass von 1995 bis 2008 knapp 46.000 Vollzeitpflegestellen in bundesdeutschen Akutkrankenhäusern abgebaut wurden. Die dadurch entstandene angespannte Personalsituation wirkt sich mittlerweile direkt auf die Patientenversorgung aus. So zeigen sich deutlich erste spürbare und potenziell folgenreiche Risiken und Einschränkungen in der Versorgungsqualität: So sagten knapp 25 % der befragten Pflegekräfte, dass sie in den letzten sieben Arbeitstagen verwirrte Patienten „oft“ nicht mehr beobachten konnten und 11,7 % der Befragten sahen sich dadurch gezwungen freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Festschnallen) einzusetzen. 29,7 % der Pflegekräfte konnten in ihrer Beweglichkeit eingeschränkte Patienten nicht mehr so oft mobilisieren wie es medizinisch notwendig gewesen wäre. Ob die jüngsten Ankündigungen, die Anzahl der Pflegekräfte wieder zu erhöhen, wirklich werden und damit nicht nur ein geringer Anteil der Stellenkürzungen zurückgedreht wird, bleibt abzuwarten. Der

⁷ Vgl. http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/datenveroeffentlichung_gem_21_khentgg und http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/begleitforschung_gem_17b_abs_8_khg.

⁸ <http://ted.europa.eu/udl?uri=TED:NOTICE:129179-2008:TEXT:DE:HTML>

Mitte Juni 2010 vom GKV-Spitzenverband an das Bundesministerium gesandte „Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 Krankenhausentgeltgesetz für das Budgetjahr 2009“⁹ hielt es zum damaligen Zeitpunkt für möglich, im Budgetjahr 2009 5.480 neue Stellen im Pflegebereich und damit die in etwa angestrebte Anzahl von Stellen zu finanzieren. Ob die Stellen tatsächlich geschaffen und adäquat besetzt worden sind, konnte der Krankenkassenverband zum damaligen Zeitpunkt nicht garantieren und verwies auf die Angaben des Statistischen Bundesamtes, die Ende 2010 vorliegen sollten – es aber bis Anfang Januar 2011 nicht tun.

Einige Studien lassen darauf schließen, dass sich die Aufgaben und Belastungen der Pflegenden in den letzten Jahren verändert haben¹⁰ und dass hiermit auch Folgen für die Patientenversorgung verbunden sind. In einem Projekt an der Universität Witten-Herdecke werden die Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Aufgaben der Pflegenden und deren Bewertungen untersucht (Hausner et al. 2005: 125). Basis der Untersuchung sind Multimomentaufnahmen und schriftliche Befragungen über mehrere Wellen seit 2003 in drei Krankenhäusern der Maximalversorgung. Erste Ergebnisse weisen eine Zunahme der Mithilfe bei ärztlichen Tätigkeiten und eine Abnahme patientennaher Tätigkeiten aus (Bartholomeyczik 2007). Der Anteil von administrativen Tätigkeiten an der Arbeitszeit nahm zwischen 2003 und 2004 zu. Dagegen nahm der Anteil der Pflegekräfte, die im Umgang mit den Patienten Anleitung und Beratung, Unterstützung beim Essen und Mobilisation weglassen, zwischen 2003 und 2004 zu. ForscherInnen der Universitäten Witten-Herdecke und Freiburg haben sich in den letzten Jahren mehrfach mit der Arbeitssituation von Pflegenden befasst, dabei auch versucht, Veränderungen zu erfassen und gegen unerwünschte Wirkungen zu intervenieren (vgl. dazu ausführlich Bartholomeyczik et al. 2008). In einer Untersuchung zur Arbeitszufriedenheit interpretieren sie das unterschiedliche Niveau der Ergebnisse zweier erst ex post koordinierter aber inhaltlich mit identischen Fragen operierenden Befragungen als zeitlichen Trend, „der evtl. mit DRG Einführung assoziiert ist“ und „finden ... Hinweise auf negative Entwicklungen“ (Schmidt et al. 2008: 115). „Die wichtigsten Einflussfaktoren sind: Führungsqualität, Zusammenarbeit mit Ärzten, Arbeit-Familien-Konflikt und Bedeutung der Arbeit. Die Skala Führungsqualität erklärt allein 32,6 % der Varianz“ (Schmidt et al. 2008: 113). Zusätzlich zu diesen Faktoren und als eine ihrer Auswirkungen diagnostiziert die Forschungsgruppe, dass „sich der Rollenkonflikt bei Pflegenden deutlich erhöht hat bei gleichzeitiger Reduzierung der Rollenklarheit. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass die Pflegenden zusätzliche Tätigkeiten häufig von den Ärzten übernehmen müssen und ihre ursächlichen pflegerischen Tätigkeiten vernachlässigen. Quantitative Anforderungen sind nach Ansicht der Pflegenden ebenfalls in den vergangenen zwei Jahren gestiegen, während der eigene Einfluss auf die Arbeit gesunken ist.“ (Schmidt et al. 2008: 115/16)

Dass administrative Tätigkeiten im Pflegebereich in den letzten drei Jahren zugenommen haben, zeigen auch die Gesundheitsreports von DAK und BGW (Grabbe/Nolting/Loos 2005: 52 ff.). Die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden hat sich 2005 im Vergleich zur Befragung 1999 zum Teil deutlich verringert. Durch die Einführung der DRG erwartet fast die Hälfte der Befragten eine Zunahme des Leistungsdrucks (ebenda: 66).

In der Literatur wird übereinstimmend davon ausgegangen, dass die Notwendigkeit berufsgruppenübergreifender Kooperation unter DRG-Bedingungen an Bedeutung zunimmt und die Verbesserung der Kooperation zudem eine wichtige Strategie zur Erlössicherung ist (Dahlgaard/Stratmeyer 2005,

⁹ http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/23-06-2010_Bericht_Pflegesonderprogramm_KH_13887.pdf

¹⁰ Vgl. hierzu auch das an der Universität Witten-Herdecke im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin durchgeführte Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“, das sich zum Ziel gesetzt hat, Organisationsentwicklungsprozesse in Gang zu setzen, die zu einer verbesserten Abstimmung zwischen Organisations- und Funktionsbereichen führen und zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen der verschiedenen Berufsgruppen beitragen sollen (vgl. <http://wga.dmz.uni-wh.de/pflege/html/default/rheu-6p3csp.de.html;jsessionid=F26593D7FDCCE571455DDEE3DD25B94F>).

Wietek 2005: 116, 119). Die Praxis in den Krankenhäusern sieht allerdings häufig anders aus: In vielen Studien gibt es nach wie vor deutliche Hinweise auf Kooperations- und Kommunikationsmängel. Im Gesundheitsreport 2005 von DAK und BGW beurteilte beispielsweise nur ein knappes Viertel der befragten Pflegekräfte die Kommunikation zwischen Berufsgruppen und Abteilungen uneingeschränkt als offen und transparent und gut ein Fünftel meinte, dass ärztliche und pflegerische Aufgaben nicht gut aufeinander abgestimmt seien (Grabbe et al. 2005: 42).

Versorgungsqualität

In der Literatur werden eine Reihe von (potenziellen) Fehlanreizen für Unter-, Fehl- und Überversorgung im DRG-System benannt, die zu Lasten der Patienten gehen können: So wird etwa die mangelnde Abbildungsgenauigkeit bzw. Unterdeckung bestimmter Leistungen und Fallkonstellationen im DRG-System problematisiert, was zu Risikoselektion, Rationierung medizinischer Leistungen und nicht leitliniengerechtem Verhalten führen könne.¹¹ Auch die zunehmende Prozedurenorientierung der DRG wird mit Fehlanreizen in Verbindung gebracht: Da bestimmte Prozeduren mehr Geld einbringen als andere oder im Extremfall ein Beatmungstag mehr oder weniger einen gravierenden Erlösunterschied macht, wird die Gefahr gesehen, dass möglicherweise unnötige Prozeduren durchgeführt werden (vgl. z.B. die Ausführungen des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbands auf dem 4. Nationalen DRG-Forum am 20.5.2005, von Stackelberg 2005). Angenommen und teils mit Fallbeispielen belegt wird auch, dass sich das DRG-System durch die darin angelegten Möglichkeiten des Fallsplittings und die Einteilung in Haupt- und Nebendiagnosen negativ auf die Ganzheitlichkeit der Versorgung auswirkt, was vor allem zu Lasten multimorbider und chronisch kranker Menschen gehen könnte (vgl. Lenk/Biller-Andorno/Alt-Epping/Anders/Wiesemann 2005, Rühmkorf 2005, Wilmsen-Neumann 2005). Das jährlich im Auftrag der DKG von der DRG-Research-Group am Universitätsklinikum Münster¹² erstellte Gutachten zum „Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen“ (Roeder/Fiori/Bunzemeier 2007) führt hierzu aus, dass durch die „episodenorientierte Finanzierung (...) falsche Anreize gesetzt“ werden (20), wodurch „die Qualität der Behandlung chronischer Erkrankungen (...) negativ beeinflusst werden“ (22) kann. In Hinblick auf die ganzheitliche Behandlung älterer Menschen wurde anfangs (vgl. z. B. Dyrna 2005) insbesondere die unzureichende Abbildung der Geriatrie im DRG-System kritisiert. Seit 2005 gibt es rein geriatrische DRGs und DRGs für sogenannte Komplexbehandlungen,¹³ durch die sich die Abbildungsgenauigkeit für geriatrische Fälle verbessert hat.

¹¹ Hamman (2007: 450) zeigt etwa die Folgen einer unzureichenden Abbildung endoskopischer Leistungen für ein Krankenhaus der Maximalversorgung, die auch durch die bisherigen Anpassungen des DRGs nicht beseitigt, sondern eher noch verschlechtert worden sei: „Somit wächst die Anzahl der im DRG-System unberücksichtigten endoskopischen Leistungen deutlich an, in 82,5 % der Fälle kommt es trotz erbrachter Prozedur zu keiner Erhöhung des Entgeltes. Bei den komplizierenden endoskopischen Eingriffen stellt sich dieser Sachverhalt noch dramatischer dar: Nur 8,9 % der komplexen endoskopischen Leistungen werden 2006 einer prozedural orientierten DRG zugeordnet und haben einen direkten Einfluss auf das Entgelt. Folglich besteht eine erhebliche Gefahr negativer Leistungsanreize mit nachteiligen Einflüssen auf die Versorgung.“ In einem nicht namentlich gekennzeichneten Beitrag in der Ärzte Zeitung online vom 5. 5. 2006 wird die mangelnde Abbildung komplexer Operationen bemängelt: „Hochkomplexe Operations- und Behandlungsverfahren zur Wiederherstellung von Nerven und Gliedmaßen werden in den Fallpauschalen, die die Krankenhäuser erhalten, nicht korrekt abgebildet und führen zu erheblichen Verlusten für die Kliniken. Die Versorgung der Patienten, die heute oftmals vollständig rehabilitiert werden können, gerät damit in Gefahr“. Vgl. auch Becker et al. (2006) und Franz/Scharfe (2005). Zu berücksichtigen ist dabei, dass die DRGs ständig weiterentwickelt werden und sich die Abbildungsgenauigkeit von Jahr zu Jahr ändert.

¹² Vgl. http://drg.uni-muenster.de/de/info_Research_Group.php

¹³ Zur Entwicklung der geriatrischen DRGs und zu den Prozeduren im Rahmen der sog. Komplexpauschalen siehe <http://www.geriatrie-drg.de>. Zur geriatrischen Komplexbehandlung heißt es: „Die geriatrische Komplexbehandlung ...basiert auf dem ganzheitlichen Ansatz geriatrischer Medizin und berücksichtigt in der Behandlung älterer Patienten nicht nur organmedizinische Aspekte, sondern insbesondere auch funktionelle Beeinträchtigungen und psychosoziale Problem- und Risikokonstellationen.“

Wieweit es seit Einführung der DRG *tatsächlich* zu Risikoselektion, Verlust der Ganzheitlichkeit, Rationierung und/oder medizinisch nicht induzierten Leistungsausweitungen gekommen ist, kann allerdings aufgrund der bisher vorliegenden Daten nicht zuverlässig beurteilt werden:

Bei den vom DRG-Institut InEK bis 2010 vorgelegten Berichten handelte es sich überwiegend um Auszählungen von Strukturdaten, mit denen sich die Versorgungsqualität nur bedingt abbilden lässt. Mit dem 2010 vorgelegten ersten systematischen Bericht (Fürstenberg et al. 2010) der trotz klarer gesetzlichen Verpflichtung erst 2008, d.h. mit jahrelanger Verzögerung, gestarteten „Begleit“-forschung durch das Berliner Forschungsinstitut IGES, liegen zwar bessere Erkenntnisse über den Zeitraum 2004 bis 2006 vor, ist aber das prinzipielle Problem einer retrospektiven Erhebung von Veränderungen und sonstiger methodischer Mängel (z. B. Erhebung von Wandlungen durch die Befragung von Krankenhausleitungen) nicht gelöst (vgl. eine Kurzdarstellung und –kritik: Braun 2010). Dies gilt auch für eine weitere relativ neue Datenquelle, die Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Diese behandeln vorrangig die Struktur- und Prozessqualität, Informationen zur Ergebnisqualität sind dagegen nicht standardmäßig enthalten (Drösler 2006, Etgeton 2006). Auch ist der Beobachtungszeitraum zu kurz, um Auswirkungen der DRGs festzustellen. Einen Schritt weiter in Hinblick auf die Messung der Ergebnisqualität geht die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS). Diese hat ein umfangreiches Set von über 2000 Qualitätsindikatoren (z. B. „Letalität“, „postoperative Wundinfektionen“) in verschiedenen Leistungsbereichen entwickelt, die im Zeitverlauf beobachtet werden können und somit in Zukunft auch Rückschlüsse auf Veränderungen der Versorgungsqualität im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen zulassen werden (vgl. www.bqs-online.de, www.bqs-qualitaetsindikatoren.de sowie als Überblick den BQS-Qualitätsreport 2006 (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung 2007)). Dabei stehen einzelne Erkrankungen und medizinische Prozeduren im Mittelpunkt. Pflegerische Aspekte wurden dagegen bislang vernachlässigt.

Die obligatorischen strukturierten Qualitätsberichte nach § 137 SGB V veröffentlichen vorrangig Informationen zur Struktur- und Prozessqualität. Bei den ausgewählten, zum Teil aber nicht veröffentlichten Angaben zur Ergebnisqualität dominieren medizinische Indikatoren. Indikatoren für die Pflegequalität fehlen weitgehend bzw. konzentrieren sich auf das Auftreten von Druckgeschwüren.

Welche anderen Datenquellen gibt es? Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Frühjahr 2007 eine Umfrage bei Verbänden und medizinischen Fachgesellschaften durchgeführt, um Erfahrungen mit der DRG-Einführung zu erheben.¹⁴ Auch wenn die Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben kann und vom Ministerium eher als „Stimmungsbild“ eingestuft wird, zeigt sie „eingetretene Veränderungen und bestehende oder empfundene Problemfelder im Bereich der Krankenhausversorgung sowie Auswirkungen auf angrenzende Sektoren auf“ (2). In den Antworten wird etwa die Konzentration auf die Hauptdiagnose kritisiert, was dazu führt „weiteren Verdachts- oder Nebendiagnosen (...) nicht weiter nachzugehen bzw. dies an den ambulanten Sektor zu delegieren“ (32 f.).

Die Auswirkungen der DRG auf die Verweildauer sind nach den bisher vorliegenden Erkenntnissen eher gering, zumindest sind keine großen „Sprünge“ festzustellen. Lag die durchschnittliche Verweildauer Anfang der 1990er Jahre noch bei 14 Tagen, ging sie bis 2002 auf 9,2 Tage zurück. Nach Einführung der DRG ist ein weiterer Rückgang auf 8,9 Tage 2003, 8,7 Tage 2004/2005 und 8,5 Tage 2006 zu beobachten (Statistisches Bundesamt 2007: Tabelle 1.1). Um festzustellen, ob es sich bei dem Rückgang seit 2003 um einen DRG-Effekt handelt, sind noch detailliertere diagnose- und gruppenbezogene Analysen notwendig.

¹⁴ Auswertung des BMG-Fragenkatalogs zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung (http://www.bmg.bund.de/nn_600148/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/Krankenhaeuser/drg-langfassung.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/drg-langfassung.pdf).

Als mögliche Folge der DRG-Einführung und des damit verbundenen Anreizes zur Verkürzung der Verweildauer wurde im Vorfeld eine Verlagerung von Leistungen aus dem Akut- in den Rehabilitationsbereich befürchtet. Auswertungen von Routinedaten der BfA (Ordon/Verbarg/Winnefeld 2005) für die Jahre 2000 bis 2004 ergaben jedoch keine Hinweise darauf, dass es unter DRG-Bedingungen zu einer solchen Verlagerung gekommen ist. Genauere Erkenntnisse zu den Folgen für die Rehabilitation soll die REDIA-Studie bringen (von Eiff/Klemann/Meyer 2007, von Eiff/Klemann/Middendorf 2005). Die erste Erhebung fand als Bestandsaufnahme vor der verpflichtenden Einführung der DRG Ende 2003/Anfang 2004 statt. Die zweite Erhebung wurde 2005/2006 durchgeführt, die dritte soll nach Abschluss der Konvergenzphase stattfinden. Ob Patienten unter DRG-Bedingungen zu früh aus dem Akutkrankenhaus entlassen werden und Behandlungsaufwand vom Akutbereich in die Rehabilitation verlagert wird, lässt sich nach den ersten beiden Befragungswellen nicht eindeutig feststellen. Bei den verschiedenen untersuchten Indikatoren und Diagnosen gibt es vielmehr unterschiedliche Trends. Sowohl bei den kardiologischen als auch bei den orthopädischen Patienten ging die Verweildauer im Akutkrankenhaus signifikant zurück. Die Aufenthaltsdauer im Bereich der stationären Rehabilitation war bei den meisten Diagnosen ebenfalls rückläufig, nur bei Bandscheibenpatienten war ein leichter Anstieg zu beobachten. Der Zustand von Patienten mit Knie- und Hüft-Tep zu Beginn der Rehabilitation hatte sich bei der zweiten Befragung sogar verbessert, während sich bei Bandscheibenpatienten der funktionelle Status verschlechtert hatte. Bei Bandscheibenpatienten wurde auch ein leicht erhöhter Betreuungsaufwand durch eingeschränkte Mobilität festgestellt. Auch der Aufwand für pflegerische Versorgung (z. B. Verbandswechsel) und z. T. auch bei der Gabe von Medikamenten, insbesondere Schmerzmittel, stieg bei fast allen Patientengruppen an.

Wenn die Liegezeiten kürzer werden, gewinnt auch die Vorbereitung auf die Entlassung eine größere Bedeutung (Wingenfeld 2005). In vielen Krankenhäusern gibt es unterschiedliche Formen von Entlassungsmanagement. Schwachpunkte sind, so bereits ein Ergebnis des Krankenhausbarometers 2007, der Grad der Standardisierung und die Erfolgskontrolle. *„In der Mehrzahl der Krankenhäuser gibt es in jedem Fall klare personelle Zuständigkeiten für die Entlassungsplanung. In rund der Hälfte der Häuser ist dies standardmäßig und bei knapp einem Viertel eher häufig der Fall. Ein frühzeitiger Beginn der Entlassungsplanung bzw. eine entsprechende Patienteninformation zum voraussichtlichen Entlassungstermin ist ebenfalls schon vielfach realisiert. Mit Blick auf die personellen Zuständigkeiten ist der Sozialdienst in die Entlassungsplanung überwiegend einbezogen. Entlassungsgespräche durch den Ärztlichen und Pflegedienst finden immerhin in knapp zwei Dritteln der Häuser mehrheitlich statt. Der Einsatz von standardisierten Assessmentinstrumenten zum poststationären Pflege- bzw. Versorgungsbedarf ist dagegen noch nicht so weit verbreitet. Beim entsprechenden Patientenkontakt kommen sie nur in knapp einem Viertel der Krankenhäuser standardmäßig zum Einsatz und bei weiteren 16 % eher häufig. ... Eine Überprüfung der Entlassungsplanung nach der Entlassung durch das Krankenhaus selbst (in Form einer gezielten Kontaktierung von Leistungserbringern, Patienten oder Angehörigen) findet bislang selten statt“* (Blum/Offermanns/Perner 2007: 74 f.). Differenziert nach Bereichen ist insbesondere die Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten verbesserungswürdig: „Laut Angaben der Befragungsteilnehmer findet bereits heute in ca. 40-50 % der Krankenhäuser bei Bedarf die Einbeziehung von Rehabilitationskliniken, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie der Kostenträger in die Entlassungsplanung standardmäßig statt; bei jeweils einem Drittel ist dies eher häufig der Fall. Lediglich mit Blick auf die weiterbehandelnden Vertragsärzte fallen die Anteilswerte eher unterproportional aus“ (ebenda: 75). Nur 28 % der Häuser berichten, dass die niedergelassenen Ärzte standardmäßig in die Entlassungsplanung einbezogen werden. In der Ausgabe des „Krankenhausbarometers“ aus dem Jahr 2008 (Blum et al. 2008) wird aufwändig der Eindruck erzeugt, der Zustand des Entlassungsmanagements sei gut oder auf dem Wege, immer besser zu werden: *„Rund 90% der Krankenhäuser führten seit der Einführung des DRG-Systems kleine wie größere Veränderungen im*

Betten- und Belegungsmanagement, dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung und in der Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern durch. Bei über drei Viertel der Häuser fanden Optimierungsmaßnahmen im OP-Management und bei der Zusammenarbeit zwischen Fachabteilungen und Funktionsbereichen statt. Größere Veränderungen ergaben sich bei fast der Hälfte der Krankenhäuser durch die Schaffung neuer Organisationseinheiten (z. B. Aufnahmestation, Kurzliegerstation, Intermediate-Care-Bereich). Bei über einem Drittel der Krankenhäuser wurden wesentliche Optimierungsmaßnahmen im Betten- und Belegungsmanagement, im OP-Management, im Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung durchgeführt.“ (Blum et al. 2008: 4)

3.3 Wichtige Krankenhauskennzahlen zur Lage der Pflege

Mit über 700.000 Beschäftigten stellen die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger die größte Berufsgruppe unter den Gesundheitsdienstberufen. Die Mehrheit von ihnen, knapp 400.000 arbeiteten in Krankenhäusern. Ihre Zahl blieb von 1991 bis 2007 in etwa konstant (+1 %). Rechnet man alle Beschäftigungsverhältnisse in Vollzeitäquivalente um, ist deren Anzahl im selben Zeitraum jedoch um 10% rückläufig, und zwar von 326.072 auf 298.325¹⁵. Dabei sind die Vollzeitstellen um 12 % zurückgegangen, während Teilzeit- und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse um rund 39 % zugenommen haben. An dieser grundsätzlichen Tendenz dürfte sich in den Jahren 2008 und 2009, trotz leichtem Personalaufbau, kaum etwas verändert haben.

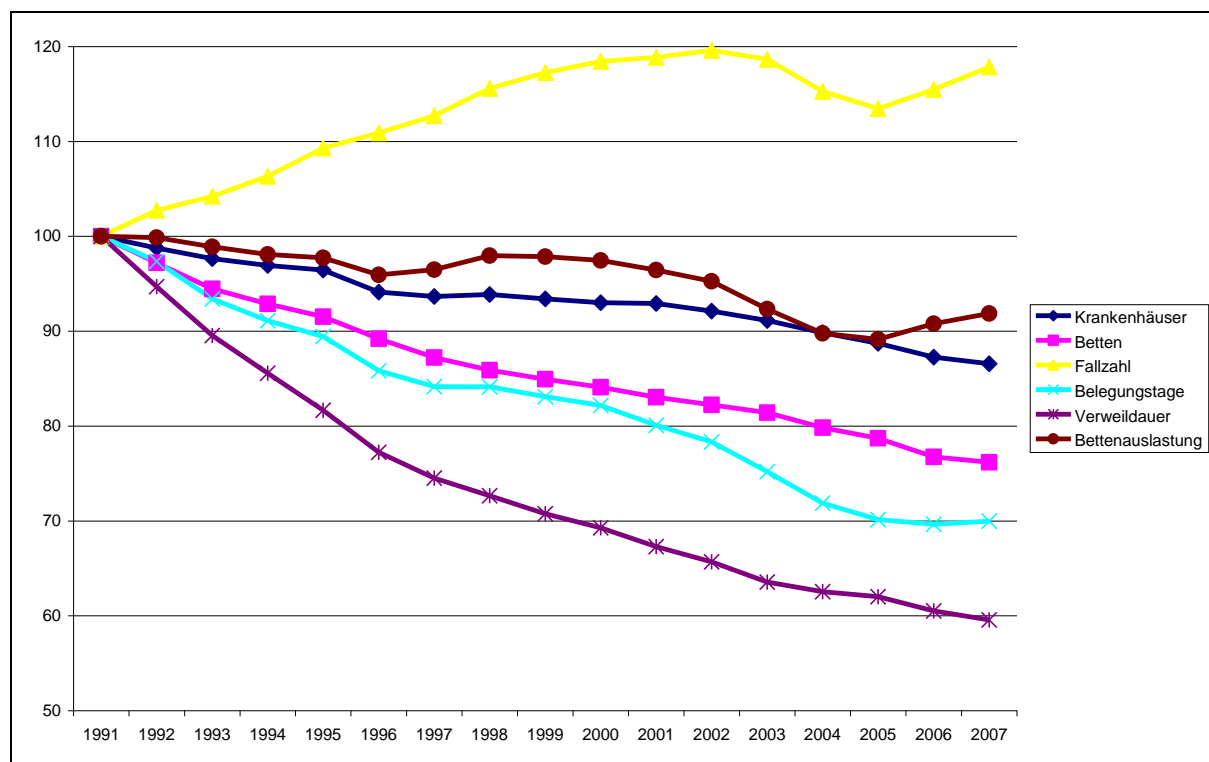


Abbildung 1: Ausgewählte Kennziffern der stationären Versorgung 1991-2007

Betrachtet man die Entwicklung der Krankenhauskennzahlen bis zur optionalen Einführung der DRG im Jahr 2003, fällt auf, dass nur die Fallzahlen kontinuierlich gestiegen sind, während die Bettenauslastung deutlich unter den Wert von 1991 gesunken ist, obwohl Betten und Krankenhäuser

¹⁵ Die Zahlen beruhen auf den Angaben des Statistischen Bundesamtes, Fachserie 12, Grunddaten der Krankenhäuser 6.1.1; Prozentangaben beruhen auf eigenen Berechnungen.

abgebaut wurden. Am stärksten haben sich somit die Verweildauer und die Belegungstage reduziert, sodass dieser Effekt (reduzierte Bettenauslastung bei gleichzeitigem Fallzahlenanstieg) eintreten konnte. Ab 2005 ist hier eine Trendwende zu erkennen: Nachdem 2003 bis 2005 viele stationäre Fälle durch verschärfte Anwendung der AEP-Kriterien¹⁶ wie vom Gesetzgeber geplant aus der Statistik verschwunden sind, nehmen diese erneut zu und erstmalig seit langem steigt die Bettenauslastung an. Dies kann man als DRG-Effekt deuten: Wichtig für eine Einschätzung dieser Entwicklung auf die Arbeitssituation von Pflegekräften ist, dass parallel die Anzahl der ambulanten Fälle in den Krankenhäusern seit 2005 stark zugenommen hat. Somit kann unter dem Strich von einer durch die DRG ausgelösten Steigerung des Wachstums der ambulant oder stationär in Krankenhäusern behandelten Fälle gesprochen werden, dessen Auswirkungen wegen der steigenden Bettenauslastung nicht mehr durch Reduzierungen der Verweildauer ausgeglichen werden.

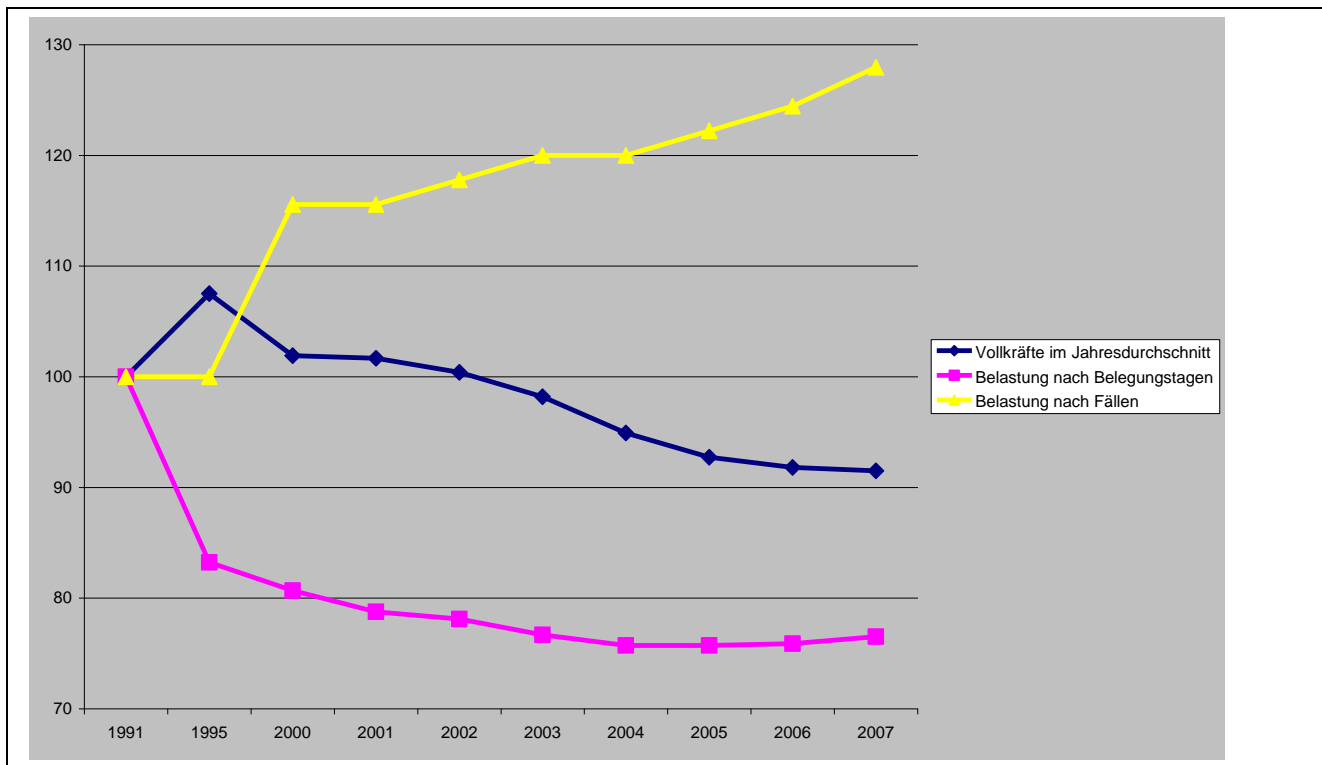


Abbildung 2: Entwicklung der Personalausstattung und ausgewählter Produktivitätskennziffern 1991-2007

Will man nun aus der amtlichen Statistik Indizien für eine mögliche Zu- oder Abnahme der Arbeitsbelastung von Pflegekräften ableiten, bietet es sich an, entweder die Belastung pro Vollkraft nach Belegungstagen oder die Belastung pro Vollkraft nach Fallzahlen zu verwenden. Während die Belastung nach Belegungstagen unter DRG-Bedingungen kaum angestiegen ist, steigt die Belastung nach Fallzahlen kontinuierlich und verstärkt von 2004 bis 2007 an. Da es sehr plausibel erscheint, dass die Verweildauerreduzierung, welche für die Abnahme der Belastung nach Belegungstagen verantwortlich ist, nicht zu einer linearen Abnahme der realen Arbeitsbelastung geführt hat, erscheint - gerade unter DRG-Bedingungen bei gleichzeitiger Zunahme ambulanter Fälle – die Zunahme der Belastung nach Fällen um 8 Prozentpunkte seit 2003 besser die Entwicklung der realen Arbeitsbelastung der Pflege zu repräsentieren.

¹⁶ AEP-Kriterien sind Kriterien, die entweder alleine (z. B. Intensität der Erkrankung, Komorbidität) oder mit Zusatzkriterien einen Krankenhausaufenthalt begründen können.

Die spezielle Entwicklung der Fallzahlen bzw. der entlassenen PatientInnen und die damit angezeigten Veränderungen der Arbeitsbelastung stehen auch im Mittelpunkt einer international vergleichenden Analyse ausgewählter Indikatoren der Personalproduktivität in der stationären Versorgung (Salfeld et al. 2009: 2ff.). Die auf der Basis der OECD Health Data 2007 durchgeführte Analyse bezieht sich allerdings nur auf das Jahr 2004, ihre Ergebnisse dürften sich aber seitdem nicht ins Gegenteil verkehrt haben. Die Autoren entdecken zunächst bei der genaueren Betrachtung der Anzahl der stationären Entlassungen in deutschen Krankenhäusern einen mit 20.149 Entlassungen je 100.000 Einwohner um 28 % über dem OECD-Durchschnitt liegenden Wert für diesen neben der Verweildauer etablierten Indikator der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen. In Deutschland wurden 2004 und werden wahrscheinlich immer noch signifikant mehr Patienten stationär behandelt als in den meisten OECD-Vergleichsländern (dieser Wert liegt nur in Österreich, Frankreich und Großbritannien höher). Überraschenderweise führt dies nicht zu der vielfach kommunizierten enormen Kostenlast durch die stationäre Versorgung, sondern sogar zu unterdurchschnittlichen kaufkraftadjustierten Fallkosten von 3.671€ (OECD-Medianwert: 6.253€) und ebenfalls adjustierten Krankenhausausgaben pro Einwohner von 740€ (OECD-Medianwert: 900€). Zu erklären ist dies durch die vergleichsweise geringe Entlohnung der MitarbeiterInnen in deutschen Krankenhäusern und durch ihre sehr hohe Produktivität. Letztere ist zugleich ein Indikator für die Verdichtung der Arbeitsprozesse im Krankenhaus und damit für die Arbeitsbelastung wie deren mögliche Auswirkung auf die Versorgung von Patienten.

Bei der Anzahl der Entlassungen bezogen auf das gesamte klinische Personal (Vollkostenstellen) lagen die deutschen Krankenhausmitarbeiter 2003 mit 25 an zweiter Stelle hinter Österreich mit 31. Der OECD-Durchschnittswert lag bei 18. Nach Berufsgruppen differenziert sind auch Ärzte und Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern mit 146 bzw. 52 Entlassungen pro vollbeschäftigte Person vergleichsweise hochproduktiv (OECD-Median Ärzte: 103 und Pflegekräfte: 31 Entlassungen).

Was dies für die Arbeitssituation bedeutet, fassen die in einer großen Unternehmensberatungsfirma beschäftigten Autoren so zusammen: „Die Wirtschaftlichkeit des deutschen Krankenhaussystems (beruht) ganz wesentlich auf dem großen Engagement und der harten Arbeit aller in diesem Sektor Beschäftigten“. Sie resultiert außerdem aus dem „hohen persönlichen Einsatz“, der die auch hier identifizierten Mängel einer „noch suboptimalen Ablauforganisation“ (Salfeld et al. 2009: 14/15) ausgleicht.

3.4 Zusammenfassung

In einigen anderen Ländern existieren DRG-Systeme oder allgemeiner prospektive Finanzierungssysteme schon länger als in Deutschland. Nach den Erfahrungen aus diesen Ländern haben die DRGs insbesondere Auswirkungen auf den Zustand der Patienten bei der stationären Aufnahme, die Verweildauer im Krankenhaus und die Schnittstellen zur nachstationären Versorgung, die Versorgung älterer und multimorbider Patienten und vor allem die Arbeitsbedingungen der Pflegenden. Insgesamt gesehen sind die nachweisbaren negativen Folgen für die Versorgungsqualität jedoch geringer als erwartet. Allerdings waren die verwendeten Indikatoren zur Qualitätsmessung relativ grob (Coffey/Louis 2000: 40). Vor allem in jüngster Zeit gibt es auch deutliche Hinweise darauf, dass Personalabbau in der Pflege mit zum Teil gravierenden Folgen für die Versorgungsqualität, z. B. erhöhten Mortalitätsraten einhergehen kann. Zweifelhaft ist, ob die Erfahrungen anderer Länder mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen und unterschiedlichem Versorgungsanspruch (Grundversorgung versus Vollversorgung) auf Deutschland übertragen werden können. So wird etwa die Schnittstellenproblematik beim Übergang in die nachstationäre Behandlung in Australien durch das Belegärztesystem entschärft: „Außerdem muss bedacht werden, dass ein lückenloser Übergang zur ambulanten Nachbehandlung in Regie des Krankenhauses besteht. Eine doppelte

Facharztbesetzung wie in Deutschland gibt es nicht. Die meisten Fachärzte sind Belegärzte in den Kliniken“ (Eversmeyer 2001: 232).

Die DRG-Folgenforschung in Deutschland ist trotz eines eindeutigen gesetzlichen Auftrags bisher nur in Ansätzen vorhanden. Die ersten Ergebnisse der nach langem Zögern endlich Ende 2008 in Auftrag gegebenen Begleitforschung sollen oder können nicht vor 2010 (was geschehen ist: siehe Fürstenberg 2010) und vollständig erst im Jahre 2012 vorliegen, also zu Zeitpunkten, an denen viele „Lernerfahrungen“ aus der Einführungsphase der DRG bereits zwangsläufig in feste Sichtweisen und Handlungsroutrinen gefasst sein werden, die - wenn überhaupt - nur mit enormen Aufwand modifiziert werden können.

Es gibt bislang keine repräsentativen quantitativen und qualitativen Längsschnittstudien, die Veränderungen von Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität während der DRG-Einführung messen und dabei alle Gruppen im Krankenhaus zugleich in den Blick nehmen. Bei den vorliegenden Studien handelt es sich entweder um Momentaufnahmen oder um Untersuchungen, die auf bestimmte Krankenhaustypen oder bestimmte Berufsgruppen begrenzt sind. Mit Ausnahme der REDIA-Studie, die sich mit den Folgen der DRG-Einführung für die Rehabilitation beschäftigt, ermöglicht keine der vorliegenden Studien einen Vorher-Nachher-Vergleich, da entsprechende Vergleichsdaten vor Einführung der DRG nicht erhoben wurden. Insoweit lässt sich anhand der vorliegenden Studien nicht abschätzen, welche Folgen die DRG-Einführung für die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten hat. Unklar ist insbesondere, wieweit sich die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegekräften im Zeitverlauf verändert hat, welchen Einfluss die DRG-Einführung auf die Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegenden hat und welche Konsequenzen aus der beobachteten Personalreduktion im Bereich der Pflege erwachsen.

Eine integrative Betrachtung der Bedingungen, Wahrnehmungen und Erfahrungen aller am Dienstleistungsprozess im Krankenhaus beteiligten Gruppen ist bisher in keinem Land oder Versorgungssystem vorgelegt worden.

4 Konzept, Erhebungsdesign und Methoden

Die vorliegende Studie ist Bestandteil des Projekts WAMP und stellt in einzelnen Aspekten aus Sicht der Pflegekräfte dar, inwieweit die Ziele der Reformmaßnahmen erreicht werden und ein Qualitätsmanagement existiert. Parallel dazu wird ein Blick darauf geworfen, wie sich im Zuge der Anpassungsprozesse die Arbeitsbedingungen und damit gegebenenfalls die Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte in den letzten Jahren verändert haben. Dabei wird versucht, den spezifischen Effekt der DRG-Einführung herauszukristallisieren.

4.1 Sozialwissenschaftlicher Ansatz

Der inhaltliche Ausgangspunkt, an dem das Projekt WAMP ansetzt, ist der medizinische und pflegerische Dienstleistungsprozess bzw. die Krankenhausarbeit. Medizinische und pflegerische Dienstleistungen sind dadurch gekennzeichnet, dass Produktionstätigkeit und Konsumtion zugleich in einem Prozess erfolgen. Mit anderen Worten: Die Patienten sind einerseits Objekt der Versorgung und Abnehmer bzw. Konsumenten der medizinischen und pflegerischen Leistung. Andererseits sind sie aber auch Mitwirkende im Gesundheitsprozess. Überall dort, wo es auf ihre Motivation und ihr Verhalten ankommt und sie ihr Selbstbestimmungsrecht ausüben (können), sind Patienten auch Mitproduzenten im medizinisch-pflegerischen Arbeitsprozess. Nahezu jeder Aspekt des Wandels der Krankenhausorganisation und damit der Arbeitsprozesse und der Kommunikation zwischen Medizin, Pflege und Patienten beeinflusst somit die Qualität der Versorgung. Unser sozialwissenschaftlicher Blick richtet sich also nicht auf die Unterscheidung spezieller Erkrankungen, Behandlungsmethoden und Pflegemethoden und dem daraus folgenden Gesundheitszustand der Patienten; unser Fokus ist die Beschreibung der Veränderungen in den Arbeitsprozessen sowie deren Bewertung hinsichtlich der Versorgungsqualität durch die beteiligten Ärzte, Pflegekräfte und Patienten.

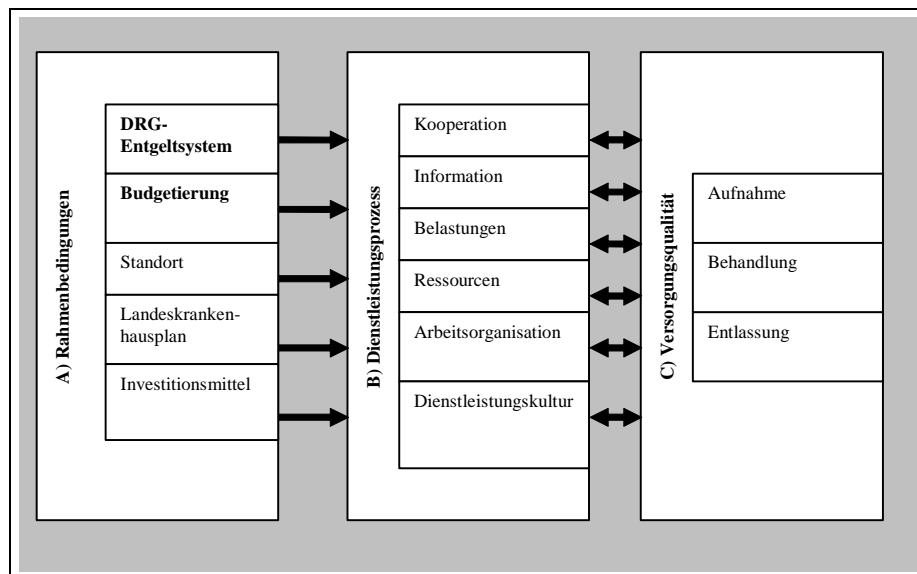


Abbildung 3: Wirkungspfade in der Krankenhausbehandlung

Die Forschungsstrategie ist so aufgebaut, dass die Auswirkungen der DRGs unter Berücksichtigung der sonstigen Rahmenbedingungen auf den Dienstleistungsprozess untersucht werden (Abbildung 3). Zu den sonstigen Rahmenbedingungen gehören u. a. die Budgetierung, der Standort, der Landeskrankenhausplan und die Investitionsmittel.

Der untersuchte Dienstleistungsprozess untergliedert sich in Kooperation (intern und extern); Informationsfluss (berufsintern und zwischen den Professionen); Belastungen und Ressourcen; Arbeitsorganisation (Arbeitszeiten; Arbeitsaufgaben; Qualifikation; Behandlungspfade); Dienstleis-

tungskultur (Leitbild; berufliches Selbstverständnis). Ziel des Projekts WAMP ist einerseits die Entwicklungen aufzuzeigen und andererseits die Effekte der DRGs ausfindig zu machen. Dabei werden außerdem die Wechselwirkungen zwischen diesen einzelnen Aspekten betrachtet.

Ausgehend von der These, dass die DRGs und die anderen Rahmenbedingungen über die Umstrukturierung des Dienstleistungsprozesses die Versorgungsqualität beeinflussen, werden schließlich die Wirkungen des Dienstleistungsprozesses auf die Versorgungsqualität untersucht. Die Versorgungsqualität wird dabei in drei grobe Aspekte unterteilt: Aufnahme (vollständige Information vorhanden; Abweisungen); Behandlung (Aufklärung des Patienten; Erreichbarkeit von Pflegekräften und Ärzten; handwerkliche und psycho-soziale Versorgung); Entlassung (Aufklärung des Patienten; Entlassungszeitpunkt).

4.2 Erhebungen im Projektzeitraum

Zur Untersuchung der Folgen der DRG-Einführung wurde ein mehrdimensionales Längsschnittdesign entwickelt. Im Projekt WAMP wird der Effekt der DRG-Einführung auf mehreren Ebenen zu mehreren Zeitpunkten gemessen. Zu den Ebenen gehören Patientenbefragungen (Braun/Müller 2003; 2006), Befragungen von Pflegekräften (Braun/Buhr/Müller 2007, Braun/Müller/Timm 2004), Befragungen von Ärzten (Braun/Buhr/Klinke/Müller/Rosenbrock 2010, Klinke 2007, Klinke/Kühn 2006, Klinke/Müller 2008) sowie Fallstudien ganzer Krankenhäuser (Buhr/Klinke 2006a; b). Die Veränderungen, die die Einführung des DRG-Systems für den Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität hat, können nur dann angemessen erfasst und bewertet werden, wenn die Ausgangslage bekannt ist. Die Erhebungszeitpunkte der ersten Welle lagen zwischen 2002 und 2003, also in etwa zu Beginn der DRG-Einführung. Die zweite Welle der Patienten- und Ärztebefragung erfolgte nach der budgetneutralen Phase (2005) und die dritte Welle der Ärzte und Pflegekräftebefragung fand gegen Ende der Einführungs- oder Konvergenzphase statt.

4.3 Design der vorliegenden Studie

Die vorliegende Analyse ist ein Vergleich dreier in weiten Teilen inhaltsgleicher Pflegekräftebefragungen vom Sommer 2003, Herbst 2006 und Winter 2008. Die Ergebnisse der ersten beiden Pflegekräftebefragung sind schon ausführlich präsentiert worden (Braun/Buhr/Müller 2007, Braun/Müller/Timm 2004). Inhalt der vorliegenden Studie ist im Wesentlichen ein Vergleich der drei Befragungen. Befragt wurde sowohl im Jahr 2003 als auch im Jahr 2006 eine Zufallsstichprobe der bei der GEK versicherten Krankenpflegekräfte. Der erste Befragungszeitpunkt liegt damit in der Phase, als die DRG-Einführung noch freiwillig war und noch keine erlöswirksamen Effekte hatte. Die zweite Befragung fand mitten in der Konvergenzphase statt, in der die DRGs in eingeschränktem Maße schon erlöswirksam sind. Die dritte Befragung 2008 findet gegen Ende der Konvergenzphase, d. h. die DRG sind bereits erheblich budgetwirksam.

Mittels einer vergleichenden Darstellung der Ergebnisse für alle drei Erhebungswellen und analytischer Modellrechnungen werden die Veränderungen zwischen 2003 und 2008 dargestellt. Dabei werden Strukturmerkmale wie Krankenhausgröße und Trägerschaft ebenso wie Geschlecht, Berufserfahrung und Position der Pflegekräfte stets als erklärende Faktoren der jeweils untersuchten Umstände oder Prozesse berücksichtigt. Die Gliederung dieses Berichtes richtet sich nach unterstellten Wirkzusammenhängen. Daher werden nach der Beschreibung der Daten und Methoden die Veränderungen der Versorgungsstruktur dargestellt. Die untersuchten Merkmale sind dabei das Vorhandensein von ambulanten, teilstationären und poststationären Abteilungen, die Durchführung koordinierter Behandlungsabläufe sowie die Nutzung elektronischer Patientenakten. Außerdem wird noch die Art und Güte der Pflegeorganisation, des Informationsflusses und der Kooperation dargestellt.

Nach der Darstellung dieser Strukturen werden die Arbeitszeiten, Arbeitsbedingungen und Arbeitsinhalte der Pflegekräfte beschrieben. Daraus resultieren direkte Einflüsse auf die Ressourcen und Belastungen der Pflegekräfte und damit auch möglichen Dissonanzen gegenüber ihrem traditionellen beruflichen Selbstverständnis. Wie eingangs schon erwähnt, werden die Veränderungen von Ressourcen und Belastungen des Personals in einen Zusammenhang mit der Versorgungsqualität gestellt. Um diese Behauptung empirisch zu unterlegen, werden die Ressourcen und Belastungen für die weiteren Analysen auch als erklärende Faktoren mit berücksichtigt. Abschließend wird daher ein Blick auf die Versorgungsqualität geworfen. Als erklärende Variablen werden hierfür entsprechend des eingangs vorgestellten Schemas sowohl strukturelle Faktoren als auch in den Pflegekräften liegende Faktoren berücksichtigt. Im Kapitel 5.6.4 wird außerdem ein Versuch unternommen, den direkten Einfluss der DRGs auf die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität herauszukristallisieren. Dies geschieht einerseits durch die Analyse der speziell dazu gestellten Fragen aber auch durch die Interpretation der vorgefundenen Veränderungen zwischen den drei Befragungswellen.

4.4 Daten und Methoden

4.4.1 Datenerhebung in den Jahren 2003, 2006 und 2008

Den Ausgangspunkt der Befragung bildeten die erwerbstätigen Mitglieder der GEK, bei denen in den „Angaben zur Tätigkeit“ die Berufsordnungsnummer 853 „Krankenschwester/-pfleger, Hebammen/Entbindungspfleger“ angegeben waren. Diese Ausgangsgesamtheit umfasste 5.269 Personen.

Im Juli 2003 erhielten diese Mitglieder einen achtzehn Seiten umfassenden Fragebogen mit der Bitte, diesen bis spätestens 1. August ausgefüllt an das Zentrum für Sozialpolitik zurückzuschicken. Nach Ablauf von zwei Wochen sind alle Angeschriebenen an die Beantwortung erinnert worden.

In dieser Studie sollten nur Krankenschwestern und -pfleger, die in Akutkrankenhäusern arbeiten, befragt werden. Mit den Daten der GEK war es aber nicht möglich, diese Population von vornherein fehlerfrei zu identifizieren, weshalb wir am Anfang des Fragebogens abfragten, ob die betreffende Person in einem Akutkrankenhaus als Pflegekraft tätig ist oder nicht.

Insgesamt sandten 3.152 Personen den Fragebogen zurück. Dies entspricht einem Brutto-Rücklauf von 59,8 %. Dieser hohe Rücklauf einer postalischen Befragung kann als ein sehr gutes Ergebnis angesehen werden und als ein Beleg für das große Interesse der betroffenen Berufsgruppe von Krankenschwestern und -pflegern an der Thematik.

Den Ausgangspunkt der Befragung im Jahr 2006 bildeten die erwerbstätigen Mitglieder der GEK. Die Auswahl der Ausgangspopulation beschränkte sich auf 6.248 Pflegekräfte mit Berufsordnung 853 (Krankenpfleger/-schwester) im Wirtschaftszweig 8511 (Krankenhaus oder Reha-Klinik), die nicht in Ausbildung waren. Aus dieser Population wurde eine Zufallsstichprobe von 3.505 Personen gezogen, denen im November 2006 ein deutlich längerer, 27 Seiten umfassender, Fragebogen zugesandt wurde. Auch diesem Fragebogen lag ein freier Rückumschlag bei. Im Januar 2007 erhielten die Befragten ein Erinnerungsschreiben.

1.628 Fragebögen wurden zurückgesandt. Dies entspricht einem Brutto-Rücklauf von 46,4 %. In Anbetracht der Tatsache, dass sich der Fragebogen im Vergleich zur ersten Befragung um ca. 50 % verlängert hat, ist auch diese Rücklaufquote als gutes Ergebnis zu werten.

Den Ausgangspunkt der Befragung im Jahr 2008 bildeten die erwerbstätigen Mitglieder der TK.¹⁷ Aus den Mitgliedern der TK wurde eine Zufallsstichprobe von 3.000 Pflegekräften mit der Berufsordnung 853 (Krankenpfleger/-schwester) gezogen. Leider war es nicht möglich, schon im Vorfeld nach dem Wirtschaftszweig Krankenhaus/Rehabilitationsklinik zu selektieren. Diesen Pflegekräften wurde im August 2008 ein 29 Seiten umfassender, zur Befragung 2006 fast identischer Fragebogen zugeschickt. Auch diesem Fragebogen lag ein freier Rückumschlag bei. Auf ein Erinnerungsschreiben wurde verzichtet.

1.555 Fragebögen wurden zurückgesandt. Dies entspricht einem Brutto-Rücklauf von 51,8 %. In Anbetracht der Tatsache, dass der Fragebogen im Vergleich zur ersten Befragung ebenfalls um ca. 50 % länger ist, ist auch diese Rücklaufquote als gutes Ergebnis zu werten.

Die Daten der drei Befragungen wurden für die vorliegenden Analysen selektiert nach examinierten Krankenpflegekräften in Akutkrankenhäusern ohne psychiatrische Abteilungen. Die Zahl der verfügbaren Befragungsdaten beläuft sich für die Erhebung 2008 auf 750, für 2006 auf 1.119, für die Erhebung 2003 auf 1.545.

Beim allen Vergleichen des Rücklaufs und der Ausgangspopulation zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung bezüglich der Alters- und Geschlechterverteilung. Ein systematischer Response-Bias erscheint damit unwahrscheinlich.

4.4.2 Standardisierung der Befragungsdaten

In den vergleichenden Untersuchungen der drei Wellen der Pflegekräftebefragung werden die Verteilungen über die abgefragten Merkmale nebeneinander gestellt. Um die Ergebnisse der drei Befragungen vergleichbar zu halten, werden die Daten aus der 2. und 3. Welle nach der Alters- und Geschlechterverteilung der 1. Welle standardisiert. Das heißt, die Population der 2. und 3. Welle wird so gewichtet, dass die Verteilung des Alters und des Geschlechts in allen drei Wellen gleich erscheint. Die Gewichte werden dabei so errechnet, dass die insgesamt resultierende Größe der Befragungsdaten jeweils der Ausgangsgröße entspricht.

Im Vergleich der drei Befragungen zeigt sich, dass 2006 die Befragten im Durchschnitt älter waren als in der Befragung von 2003. Außerdem war in der Befragung von 2006 der Anteil der Frauen etwas geringer. Nach der Standardisierung sind die Anteile in beiden Befragungen gleich. Die resultierende Anzahl der Befragten bleibt nach der Standardisierung erhalten. In der ersten Befragung sind es 1.545, in der zweiten Befragung 1.119 und in der dritten Befragung 750.

<i>Tabelle 1: Standardisierungsmerkmale 2003, 2006 und 2008 – (Anteile in Prozent)</i>						
	Anteile ohne Standardisierung in %			Anteile nach Standardisierung in %		
	2003	2006	2008	2003	2006	2008
15 bis 24 Jahre	14,4	6,3	12,8	14,4	14,4	14,4
25 bis 34 Jahre	24,9	25,8	26,3	24,9	24,9	24,9
35 bis 44 Jahre*	41,1	38,5	27,2	41,1	41,1	41,1
45 bis 54 Jahre	17,0	24,8	29,6	17,0	17,0	17,0
55 bis 65 Jahre	2,5	4,6	4,1	2,5	2,5	2,5
Männer*	13,9	16,7	14,7	13,9	13,9	13,9
Frauen	86,1	83,3	85,3	86,1	86,1	86,1
N	1.545	1.119	750	1.545	1.119	750
Anmerkung: * Fehlende Werte wurden dieser Kategorie zugeordnet						

¹⁷ Der Zugang zu den Mitgliedsdaten der GEK war 2008 nicht möglich, daher wurde hier mit der Techniker Krankenkasse kooperiert.

4.4.3 Multivariate Modelle zur Messung der Zusammenhänge

Da bestimmte Zustände, wie z. B. gutes Entlassmanagement im Krankenhaus, in aller Regel nicht nur durch eine Ursache bestimmt werden, müssen zur Analyse der Zusammenhänge jeweils gleichzeitig mehrere Merkmale, wie z. B. Trägerschaft, Arbeitsbelastung etc., kontrolliert werden. Wenn dies in Form von fein gegliederten Tabellen oder grafisch geschehen sollte, würden die Tabellen und Grafiken unüberschaubar und sehr groß werden. Um die Zusammenhänge verschiedener Merkmale mit dem zu untersuchenden Merkmal relativ überschaubar in einer kleinen Übersicht darstellen zu können, wurden verschiedene statistische Verfahren entwickelt. Das hier verwendete Verfahren ist die lineare Regression. Die lineare Regression misst den Zusammenhang einer oder mehrerer erklärender, unabhängiger Variablen mit einer zu erklärenden, abhängigen Variablen. Mit dem linearen Regressionsmodell werden die Effekte aller eingeführten Variablen gleichzeitig kontrolliert und gemessen. Die Koeffizienten im geschätzten Modell geben an, um wie viel Einheiten die abhängige Variable ansteigt, wenn die unabhängige Variable sich im Wert um 1 erhöht. Als mathematische Formel dargestellt heißt das:

$$Y = b_0 + b_1 * x_1 + b_2 * x_2 + \dots + \text{error}$$

Y ist dabei der Wert der abhängigen Variablen. b_0 , b_1 , b_2 usw. sind die geschätzten Koeffizienten des Modells und x_1 , x_2 usw. sind die Werte der unabhängigen Variablen.

Für die lineare Regression müssen die erklärenden Variablen metrisch skaliert sein. Das heißt, man muss Unterschiede zwischen einzelnen Ausprägungen quantifizieren können. Zumeist sind allerdings die Variablen, die in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften zur Anwendung kommen nicht metrisch skaliert. Diese nicht-metrischen Variablen wie z. B. Schichtmodell müssen für die Integration in die statistischen Modelle in einzelne Dummy-Variablen aufgeteilt werden. Aus der Variablen Schichtmodell wird für jede Ausprägung der Variablen eine neue Variable erzeugt: Dauernachtdienst, Wechselschicht, Tagdienst. Jede einzelne dieser Variablen hat immer nur zwei Ausprägungen: 1 für 'trifft zu' oder 0 für 'trifft nicht zu'. Diese metrisierten Dummy-Variablen können nun in die statistischen Modelle integriert werden, die eigentlich metrische Variablen erfordern.

In die Modelle können dann die Dummy-Variablen fast aller Ausprägungen integriert werden. Mindestens eine Dummy-Variable muss immer als Referenzkategorie aus dem statistischen Modell ausgeschlossen sein. Sind beispielsweise Dauernachtdienst und Tagdienst als Dummy-Variablen in das statistische Modell integriert, dann messen die ausgegebenen Koeffizienten jeweils den Abstand zu allen Befragten in Wechselschicht und sonstigen Arbeitszeitformen.

Metrische Variablen brauchen nicht zu Dummy-Variablen umkodiert zu werden. Zu den metrischen Variablen gehören beispielsweise das Alter oder das Jahr. Die Koeffizienten für diese Art Variablen werden dann z. B. folgendermaßen interpretiert: Je älter ... desto größer / kleiner

Wenn die abhängige Variable eine Dummy-Variable ist, die entweder den Wert 1 oder den Wert 0 annimmt, gibt der Wert der Konstanten im Regressionsmodell den berechneten Anteilswert für die Referenzkategorien wieder, wobei 1 dann als 100% zu interpretieren wäre. Die Koeffizienten der unabhängigen Dummy-Variablen geben dann die Differenz in Prozentpunkten für die erwähnte Kategorie im Vergleich zur Referenzkategorie an (z. B. "Privates Krankenhaus" hat einen Koeffizienten von 0,05, dann unterscheidet es sich von den nicht privaten Krankenhäusern um 5 Prozentpunkte).

4.4.4 Grundauszählung der erklärenden Variablen aus den Befragungsdaten

Erwartungsgemäß verringert sich der Anteil der Pflegekräfte mit längerer Berufserfahrung nach der Standardisierung in den Daten von 2006, da in der Befragung von 2006 ein höherer Altersdurch-

schnitt herrscht, der durch die Standardisierung gesenkt wurde. Die übrigen Verteilungen über die erklärenden Variablen sind durch die Standardisierung kaum betroffen.

Beim Vergleich der Befragungswellen zeigt sich die erwartete Privatisierung (Trägerschaft) und Strukturierung (koordinierte Abläufe). Außerdem ist ein Trend zu größeren Krankenhäusern zu beobachten. Chirurgie und Innere sind immer weniger vertreten und andere Fachabteilungen nehmen zu. Auffällig ist zudem noch, dass in der Befragung von 2006 auch nach der Standardisierung der Anteil der Pflegekräfte in leitender Stellung größer ist als in der Befragung von 2003. Dauernachtdienst wird weniger. Die Zahl der Ressourcen nimmt leicht ab, während die Zahl der Arbeitsbelastungen im Durchschnitt steigt. Ein korrespondierender Effekt ist die Zunahme der Überstunden, die als Zeichen dafür gewertet werden, dass das Arbeitspensum nicht zu schaffen ist. Im Zuge der Verknappungen der Pflegekräfte im Krankenhaus sinkt auch der Anteil, der seinen Arbeitsplatz durch die wirtschaftliche Lage gefährdet sieht. Die Veränderungen der Anteile in den sonstigen Merkmalen erscheinen relativ unauffällig zwischen den drei Befragungswellen. Entgegen vielfachen Äußerungen halten sich auch die Anteile der administrativen Tätigkeiten inklusive Dokumentationsaufwand sehr konstant.

<i>Tabelle 2: Grundauszählung der kategorialen, erklärenden Variablen – (Anteile in Prozent)</i>						
	Anteile ohne Standardisierung			Anteile nach Standardisierung		
	2003	2006	2008	2003	2006	2008
Stellung im Beruf						
Basis-Pflegekraft bis 10 Jahre*	33,4	26,0	31,4	33,4	33,3	33,6
Basis-Pflegekraft mehr als 10 Jahre	54,7	58,6	56,1	54,7	53,6	55,1
Leitende Pflegekraft	11,9	15,4	12,5	11,9	13,1	11,3
Arbeitszeit						
Vollzeit*	54,8	55,5	56,1	54,8	56,8	56,3
Teilzeit	45,2	44,5	43,9	45,2	43,2	43,7
Schichtdienst						
Dauernacht	9,8	5,7	3,9	9,8	5,4	3,3
Tagdienst	7,7	14,3	11,9	7,7	12,8	11,2
Wechselschicht u. a.*	82,5	80,0	84,2	82,5	81,8	85,5
Trägerschaft						
Privat	13,8	18,9	18,7	13,8	18,9	19,2
Andere Träger*	86,2	81,1	81,3	86,2	81,1	80,8
Krankenhausgröße						
Bis 200 Betten	17,1	18,0	13,1	17,1	17,6	13,7
200 bis 1000 Betten*	69,8	69,2	69,2	69,8	69,9	68,2
1000 und mehr Betten	13,1	12,8	17,7	13,1	12,5	18,1
Fachabteilung						
Chirurgie	33,7	28,2	22,7	33,7	27,8	21,7
Innere	27,0	25,5	22,1	27,0	26,2	22,8
Pädiatrie	7,7	6,0	7,9	7,7	6,0	7,5
Andere Fachabteilung*	31,7	40,4	47,3	31,7	40,0	48,0
Koordinierte Abläufe						
ja	42,3	47,5	50,8	42,3	48,5	51,5
nein*	57,7	52,5	49,2	57,7	51,5	48,5
Schlechte wirtschaftl. Lage						
ja	28,3	23,2	15,3	28,3	23,6	14,8
nein*	71,7	76,8	84,7	71,7	76,4	85,2
Einfluss Verwaltung						
ja	30,7	26,6	26,9	30,7	27,0	27,7
nein*	69,3	73,4	73,1	69,3	73,0	72,3

Informationsfluss intern						
nicht zufällig*	84,8	80,7	80,3	84,8	81,6	80,0
zufällig	15,2	19,3	19,7	15,2	18,4	20,0
Kooperation mit Ärzten						
gut	70,5	76,9	74,3	70,5	77,3	73,2
nicht gut*	29,5	23,1	25,7	29,5	22,7	26,8
Zu hohes Arbeitspensum						
ja	29,6	38,5	39,3	29,6	37,4	38,8
nein*	70,4	61,5	60,7	70,4	62,6	61,2
N	1.545	1.119	750	1.545	1.119	750
Anmerkung: * Fehlende Werte wurden dieser Kategorie zugeordnet						

<i>Tabelle 3: Mittelwerte der metrischen, erklärenden Variablen</i>						
	Mittelwerte ohne Standardisierung			Mittelwerte mit Standardisierung		
	2003	2006	2008	2003	2006	2008
Anteil patienten- naher Tätigkeit	0,473	0,491	0,501	0,473	0,496	0,509
Anteil administra- tiver Tätigkeit	0,247	0,250	0,243	0,247	0,251	0,241
Arbeitsbelastungen	0,360	0,383	0,427	0,360	0,380	0,427
Ressourcen	0,703	0,693	0,660	0,703	0,698	0,657
N	1.545	1.119	750	1.545	1.119	750

5 Auswirkungen des DRG-Systems auf Arbeitsbedingungen, berufliches Selbstverständnis und die Versorgungsqualität von Pflegekräften

Die im Rahmen dieses und des WAMP-Projektes durchgeführten quantitativen Befragungen von im Krankenhaus tätigen Pflegekräften sollen primär strukturelle Veränderungen im Zeitverlauf der DRG-Einführung sichtbar werden lassen, die mit dem neuen Entgeltsystem an sich bzw. der weiteren Durchsetzung eines Primats der Wirtschaftlichkeit vor medizinischen Erwägungen zu tun haben und nicht mit individuellen Gegebenheiten des jeweiligen Hauses.¹⁸ Um Teile der gemessenen Veränderungen besser erklären zu können, erscheint es notwendig, auf einige Veränderungen des rechtlichen Rahmens hinzuweisen, die sich vor und zwischen den einzelnen Befragungswellen ergeben haben.

1993 und erneut 2004 hat sich die Finanzierung des deutschen Krankenhaussektors erheblich verändert – zum einen durch die Einführung von Budgets und prospektiven Vergütungsformen, zum anderen durch die Möglichkeit, Gewinne und Verluste zu erwirtschaften (Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip). Außerdem wurden die Möglichkeiten, ambulante Behandlungen anzubieten, erweitert. Seit Januar 2004 sind alle Akutkrankenhäuser verpflichtet, schrittweise ein diagnosebezogenes Fallpauschalen-Entgeltsystem, die so genannten G-DRG¹⁹, einzuführen. Eine Konvergenzphase, in der die krankenshausindividuellen Basisfallwerte an den jeweiligen Landesbasisfallwert schrittweise angepasst werden, sollte ursprünglich bis zum 01. 01. 2007 dauern, wurde dann aber mit dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz bis zum 01. 01. 2009 verlängert (Bundesgesetzblatt 2004). Ab Januar 2009 hätten dann alle Krankenhäuser eines Bundeslandes für die gleiche Fallpauschale den exakt gleichen Erlös bekommen. Im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (Bundesgesetzblatt 2009)²⁰ wurde jedoch am 17.03.2009 beschlossen, das Ende der Konvergenzphase nochmals um ein weiteres Jahr zu verschieben. Das Budget eines Krankenhauses wird sich dann aus den folgenden drei Kennziffern bemessen lassen: Fallmenge x effektiver CMI²¹ x Basisfallwert. Mit den Kassen werden prospektiv krankenshausindividuell die Art und Menge der zu erbringenden Leistungen verhandelt. Unter- und Überschreitungen der verhandelten Mengen werden mit Abschlägen belegt und im Folgejahr in den Verhandlungen berücksichtigt. Bis dahin wird ab 2005 jährlich das Gewicht des 2004er Basisbudgets in den krankenshausindividuellen Budgetverhandlungen reduziert.²² Bei der ersten Befragung im Jahr 2003 galt noch das 1. Fallpauschalenänderungsgesetz (Bundesgesetzblatt 2003), das die kurze Konvergenzphase bis 2007 vorsah. Damals musste noch kein Krankenhaus unmittelbare Budgeteinbußen durch das neue Entgeltsystem hinnehmen. Allerdings galt für 2003 ein gesetzliches Verbot von Budgetzuwächsen mit der Ausnahme für diejenigen Krankenhäuser, die bereits 2003 freiwillig ihre Abrechnung auf DRGs umgestellt (Optionshäuser) oder Arbeitszeitmodelle zur Umsetzung der EU-Richtlinie erprobt hatten. Die seit

¹⁸ Im Kontext des WAMP-Forschungsprojektes liegen bereits Veröffentlichungen vor, in denen auf der Basis von Fallstudien ein anderer Blickwinkel verfolgt wurde, nämlich die Identifizierung von Besonderheiten, um mögliche Spielräume in der Umsetzung des DRG-Systems sichtbar werden zu lassen (Buhr/Klinke 2006a; b).

¹⁹ G-DRG = German-Diagnosis Related Groups.

²⁰ Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG).

²¹ CMI = Case-Mix-Index.

²² Gewicht des verhandelten Budgets 2004 = 100%, 2005 = 85%, 2006 = 65%, 2007 = 45%, 2008 = 25%, 2009 = 0% (Busse/Riesberg 2005, 203).

2003 jährlich stattfindenden Anpassungen des Fallpauschalenkatalogs durch das InEK²³ haben zu einem starken Wachstum der Anzahl abzurechnender Pauschalen geführt, außerdem die Bedeutung von Sonderentgelten erhöht und insgesamt das Gewicht von Prozeduren zur Ermittlung der Fallschwere gesteigert, sodass eine gewisse Aufweichung der Diagnosebezogenheit der Pauschalen zu beobachten ist (2005). Für 2004 ergibt sich rechnerisch ein durchschnittlicher bundesweiter Basisfallwert von 2.722€, während die krankenhausindividuellen Basisfallwerte zwischen weniger als 1.000€ und mehr als 6.000€ schwanken (Klauber/Robra/Schellschmidt 2006, 327 ff., Durchschnittswert eigene Berechnung). Das bedeutet, die Verlängerung der Konvergenzphase ist für Häuser mit niedrigem Basisfallwert tendenziell ungünstig, während Häuser mit hohem Basisfallwert mehr Zeit haben, ihre Kosten-Erlösrelationen zu verbessern. Generell kann man sagen, dass diejenigen Einheiten, die mit großzügigen Budgets (versteckte Gewinne) in die Konvergenzphase gestartet sind, unter einem weitaus milderem Anpassungsdruck leiden, als Häuser, deren 2004er Budget bereits nicht besonders üppig war.

Die untersuchten Aspekte sind die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, deren berufliches Selbstverständnis und deren Handeln, d. h. die konkrete Leistungserbringung (Versorgungsqualität). Die Dreiteilung hinsichtlich Arbeitsbedingungen, beruflichem Selbstverständnis und Versorgungsqualität ergibt sich als angenommenes bedingtes Ursache-Wirkungsverhältnis²⁴, wobei Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis in einem spannungsreichen Verhältnis stehen, insbesondere dann, wenn sich die Institution in einem Anpassungs-/Wandlungsprozess befindet (vgl. Fußnote zum bedingten Ursache-Wirkungsverhältnis). Die Versorgungsqualität ist als Outputgröße am stärksten eine abhängige Variable²⁵ und somit an das Ende der unterstellten Kausalkette platziert. Jedoch ist das berufliche Selbstverständnis von zwei Seiten unter Druck: Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität. Dies ergibt sich daraus, dass Überzeugungen von dem, wie man handeln möchte, nicht nur darüber ins Wanken geraten, wenn die persönlichen Kosten des überzeugungskonformen Handelns (Verschlechterung der Arbeitsbedingungen) zu groß werden, sondern auch über das Hinzutreten neuer Handlungsimperative (betriebswirtschaftliche Kalküle), denen man sich nur schwer entziehen kann. Da im Kontext personaler Dienstleistungsarbeit im Krankenhaus die Befragten auch Produzenten ihrer eigenen Versorgungsrealität sind, wirkt diese von ihnen selbst geschaffene Realität auch auf ihr berufliches Selbstverständnis zurück. Ihre eigenen Handlungen geraten verstärkt in Widerspruch zu den traditionellen Überzeugungen und dieser Konflikt wird entweder über erneute Anpassung der Realität an die Überzeugung (Opposition oder Exit-Option) integriert oder die Überzeugung wird an die Realität angepasst. Dieses bedeutet auch die Herausbildung eines beruflichen Selbstverständnisses, in dem die Norm, zwischen betriebswirtschaftlichen und pflegerischen Handlungsimperativen abwägen zu müssen, verinnerlicht und routinisiert wird. Insofern steht das berufliche Selbstverständnis als Institution des gesollten Handelns von zwei Seiten unter Druck und entzieht sich damit einer eindeutigen Kausalkettenstruktur. Vor dem Hinter-

²³ InEK = Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

²⁴ „Bedingtes Ursache-Wirkungsverhältnis“ ist als analytisches Konstrukt gemeint, das sowohl Wechselwirkungen zwischen Arbeitsbedingungen und beruflichem Selbstverständnis mit einschließt, als auch der Tatsache Rechnung trägt, dass Arbeitsbedingungen ad hoc veränderbar sind, während ein berufliches Selbstverständnis mit einem gewissen Trägheitsmoment (Time-Lag) und reaktiv Wandlungstendenzen unterliegt.

²⁵ Sofern die Veränderung der Versorgungsqualität von den Akteuren als Resultat externer Ressourcenverknappung (z. B. Budgetierung) gedeutet wird, wird von diesen zwar ein umgekehrtes Ursache-Wirkungsverhältnis wahrgenommen (Beispiel: Ausreichende Mittel zur Versorgung der Patienten stehen nicht mehr zur Verfügung und deshalb haben sich sowohl die Arbeitsbedingungen als auch das berufliche Selbstverständnis verändert), jedoch wird in dieser Arbeit analytisch unterstellt, dass die Ressourcenverknappung Teil der Arbeitsbedingungen ist (Bedingungen, unter denen die Leistungserbringung stattfindet), unter denen, in Verbindung mit dem beruflichen Selbstverständnis, sich der Versorgungsanspruch der Versicherten realisiert – die Versorgungsqualität.

grund dieser Überlegungen und der vom Gesetzgeber angestrebten Ziele sowie der internationalen Erfahrungen mit DRG-Systemen (vgl. für die USA Kühn 1991; 1997) wurde vor allem gefragt:

- Welche organisatorischen Anpassungsstrategien werden verfolgt?
- Wie verändern sich Arbeitsprozesse, institutionelle Settings und der normative Bezugsrahmen pflegerischer Arbeit?
- Welche Wirkungen resultieren daraus für die Arbeits- und Interaktionsbeziehung zwischen Pflegekraft und Patient sowie das berufliche Selbstverständnis von Pflegekräften?
- Wie verändert sich unter DRG-Bedingungen das Versorgungsgeschehen bzw. die Versorgungsqualität im Krankenhaus?

Diese o. g. Reihenfolge der Analyse ist wichtig, um nicht vorschnell Aspekte auszublenden, die nicht zu dem in diesem Projekt gewählten theoretischen Zugang eines DRG-induzierten Wandels passen. Anders ausgedrückt soll der Gefahr begegnet werden, Aspekte über-, unter- oder falsch zu bewerten, die zwar in das analytische Modell passen, jedoch im Versorgungsalltag (1.) eine andere als die theoretisch und logisch naheliegende Wirkung haben können²⁶, (2.) durch Verknüpfung mit anderen Faktoren eine inverse Wirkung entfalten²⁷ oder (3.) von im Modell nicht enthaltenen Faktoren in ihrer Wirkung in den Hintergrund gedrängt werden²⁸.

5.1 Strukturvariablen

5.1.1 Persönliche Merkmale

Die Daten der Pflegekräftebefragungen sind für die Auswertungen nach Alterskategorien und nach Geschlecht gewichtet worden, indem die jeweilige Verteilung der Wellen 2006 und 2008 der Welle 2003 angepasst wurde. Über 86 Prozent der befragten Pflegekräfte sind weiblich. Entsprechend des Berufs als "typischem" Frauenberuf zeigen sich in der Altersverteilung zwei Maximalwerte (Abbildung 4). Es gibt einerseits sehr viele junge Pflegekräfte, die gleich nach der Ausbildung in ihrem Beruf bleiben. Im Alter um 30 Jahre ist der Anteil deutlich geringer. Einen deutlichen Anstieg des Anteils gibt es dann andererseits wieder im Alter ab 40 zu beobachten. Diese Schwankungen deuten auf Erziehungszeiten hin, die im Krankenhaus – im Gegensatz zu anderen Beschäftigungsfeldern – einen Wiedereinstieg in den Beruf anscheinend nicht behindern. Als zusätzlicher Einflussfaktor für diese Altersverteilung ist aber auch zu berücksichtigen, dass die in den Befragungen 40-Jährigen gerade zu den geburtenstarken Jahrgängen der 1960er Jahre gehören.

²⁶ Jede Analyse, die sich eines akteurszentrierten Ansatzes bedient, bewegt sich im Spannungsfeld von Rationalitätsprinzip und dessen Grenzen. Bezogen z. B. auf Ärzte, kann davon ausgegangen werden, dass sie sich im „Spannungsfeld zwischen System- und Zweckrationalität“ (Vogd 2004) bewegen. Andere kollektive Handlungsorientierungen können jedoch für die befragten Pflegekräfte nicht ausgeschlossen werden.

²⁷ Auch wenn grundsätzlich von Konflikten zwischen betriebswirtschaftlichen Handlungslogiken und den Versorgungsbedürfnissen der Patienten ausgegangen werden muss, kann nicht ausgeschlossen werden, dass diejenigen Pflegekräfte, die bisher vergeblich organisatorische Defizite in der Patientenversorgung angemahnt haben, über den Rückgriff auf vordergründig betriebswirtschaftliche Argumente diese nun erfolgreich thematisieren und angehen können.

²⁸ Versorgungsdefizite müssen nicht Resultate eines Wandels sein, sondern können auch Fortschreibungen von Konstruktionsfehlern im deutschen Gesundheitswesen sein, wie z.B. die mangelnde Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen oder zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

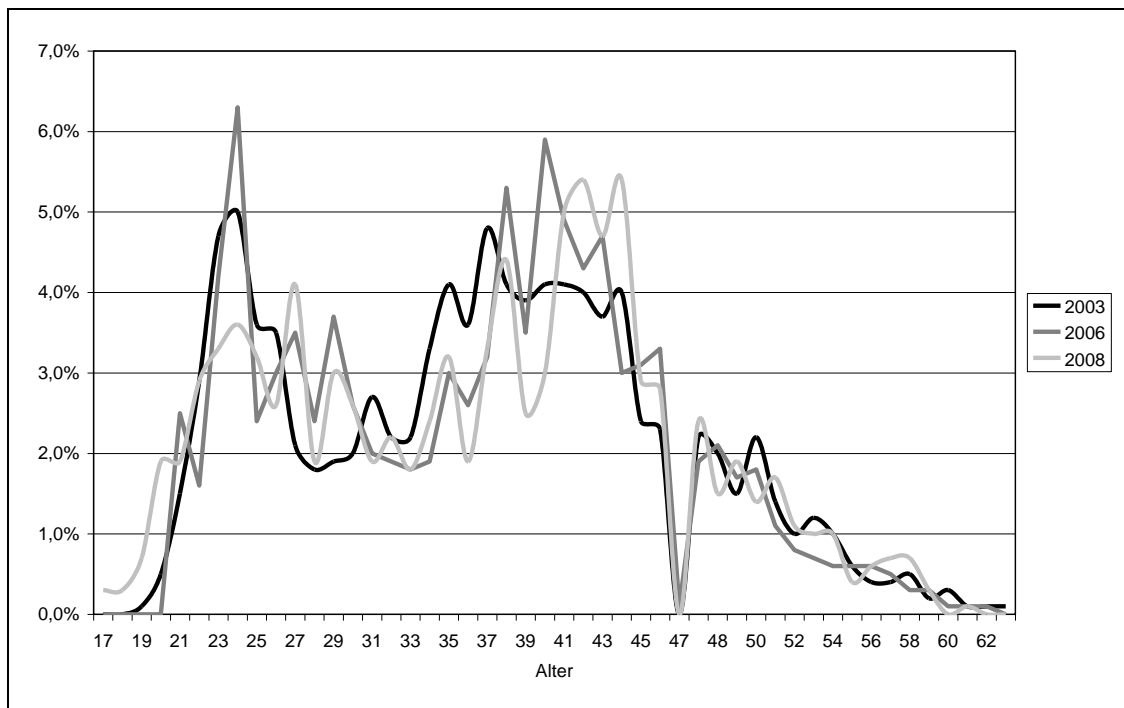


Abbildung 4: Alter – Pflegekräfte

Der Anteil der Basispflegekräfte mit einer Berufserfahrung von bis zu 10 Jahren liegt entsprechend der Altersverteilung bei ca. einem Drittel (Abbildung 5). Über 50 Prozent der Pflegekräfte sind jedoch Basispflegekräfte mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung. 11 - 13 Prozent der Befragten sind als leitende Pflegekräfte tätig.

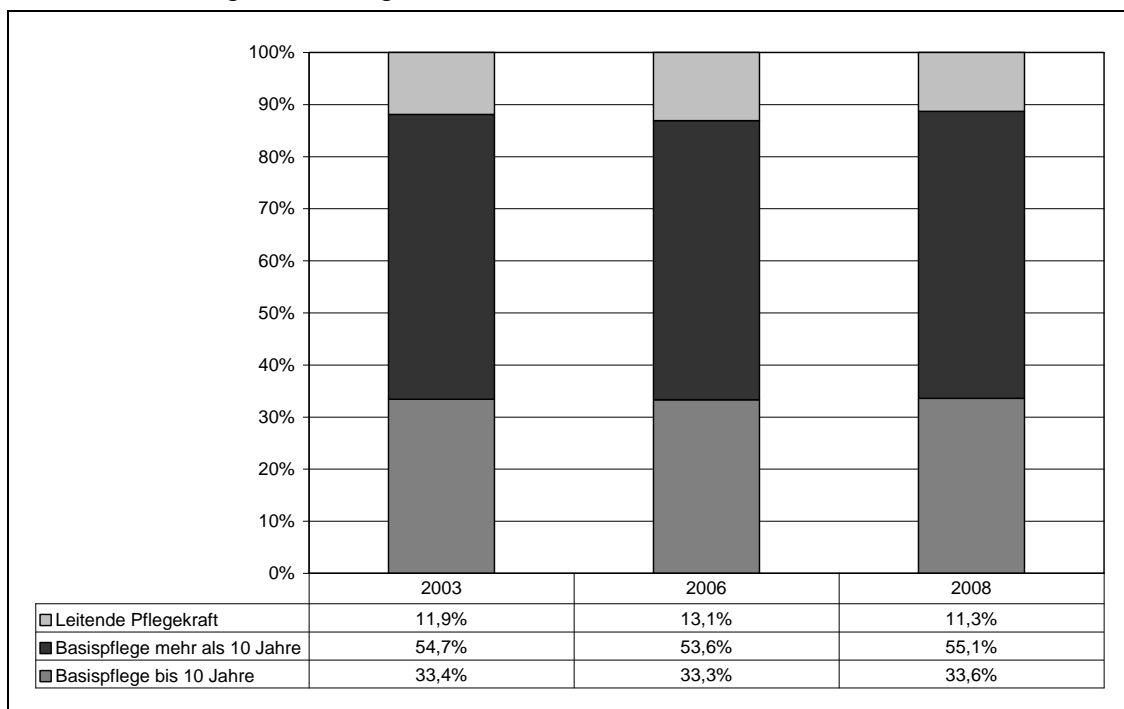


Abbildung 5: Position – Pflegekräfte

5.1.2 Organisations- und Versorgungsstrukturen

Trägerschaft

Privatisierung ist das immer wieder verwendete Schlagwort, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu verbessern. Befürworter einer Privatisierung versprechen effizientere Strukturen, schlankere Bürokratie, innovativere Medizin und verbesserte Kundenfreundlichkeit, während Kritiker eine Reduktion von Personal, Qualifikation und Lohnniveau erwarten, die zu Arbeitsverdichtung, Priorisierung in der Patientenversorgung sowie selektiver Aufnahme führe. Um eventuelle Auffälligkeiten dieser Art zu beobachten, wird in allen nachfolgenden Analysen die Trägerschaft kontrolliert.

14 Prozent der Pflegekräfte gaben 2003 an, im privaten Krankenhaus zu arbeiten. Im Jahr 2006 und 2008 waren es knapp 20 Prozent (Abbildung 6). Auffällig ist, dass der Anteil der Pflegekräfte, die sich über die Trägerschaft ihres Hauses im Unklaren sind, von 6 auf 2 Prozent zurückgegangen ist, was für eine erhöhte Sensibilität der Befragten für dieses Thema spricht.

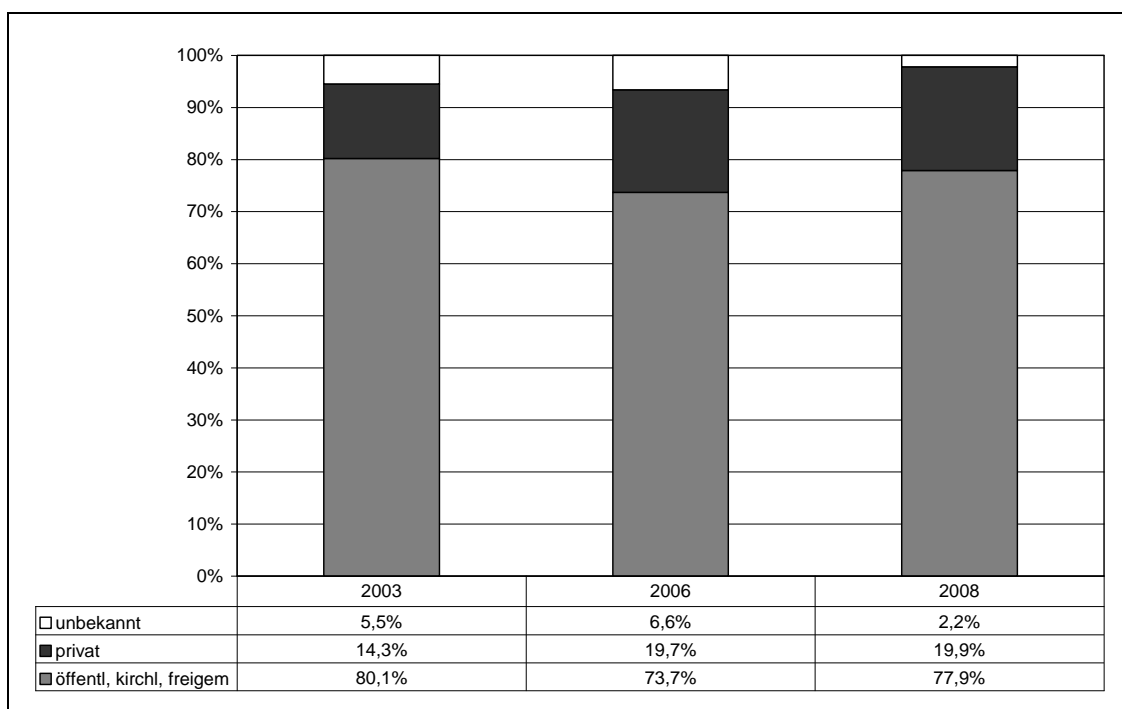


Abbildung 6: Träger – Pflegekräfte

Krankenhausgröße

Die Krankenhausgröße beeinflusst in vielfacher Weise die jeweils möglichen Anpassungsstrategien. Während in größeren Häusern eine Abteilung geschlossen werden kann, bedeutet die Schließung einer Abteilung oder auch nur der Abbau weiterer Betten für kleine Krankenhäuser häufig die Unterschreitung einer kritischen Bestandsgröße. Umgekehrt sind kleine Krankenhäuser möglicherweise schneller dazu in der Lage, sich konsequent neuen Bedingungen anzupassen, als größere Häuser. In größeren Häusern lässt sich einerseits möglicherweise gar nicht so schnell ermitteln, wo Potenziale für Effizienzsteigerungen liegen und andererseits fördert die Vielzahl an Abteilungen erhebliche Vetopositionen gegenüber der Krankenhausleitung. In kleineren Häusern liegen manche Fakten offen auf der Hand und ein Konsens über Handlungsnotwendigkeiten lässt sich schneller

erreichen. In sehr großen Häusern, insbesondere in den Universitätskliniken, sind die Bedingungen wieder ganz besondere. Diese Maximalversorger sind für fast alle Patienten zuständig, die eine Krankenhausbehandlung benötigen. Eine Abweisung oder Selektion ist hier fast ausgeschlossen. Diese großen Krankenhäuser mit ihrer gesundheitspolitischen Standortgarantie haben sicherlich weniger Sorgen, dass entstehende Defizite nicht gedeckt werden. Anders sieht es hingegen für ein kleines Krankenhaus mit Standardversorgung aus, wenn nur wenige Kilometer weiter ein anderes Krankenhaus steht, dass die Versorgung mit übernehmen könnte.

Von den befragten Pflegekräften der ersten beiden Befragungen arbeitet ca. ein Drittel in großen Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten und ca. 18 Prozent arbeiten in Krankenhäusern mit bis zu 200 Betten (Abbildung 7). 2008 ist der Anteil der Befragten in Großkrankenhäusern auf 44 Prozent gestiegen, während der Anteil in kleinen Häusern auf 14 Prozent zurückgegangen ist.

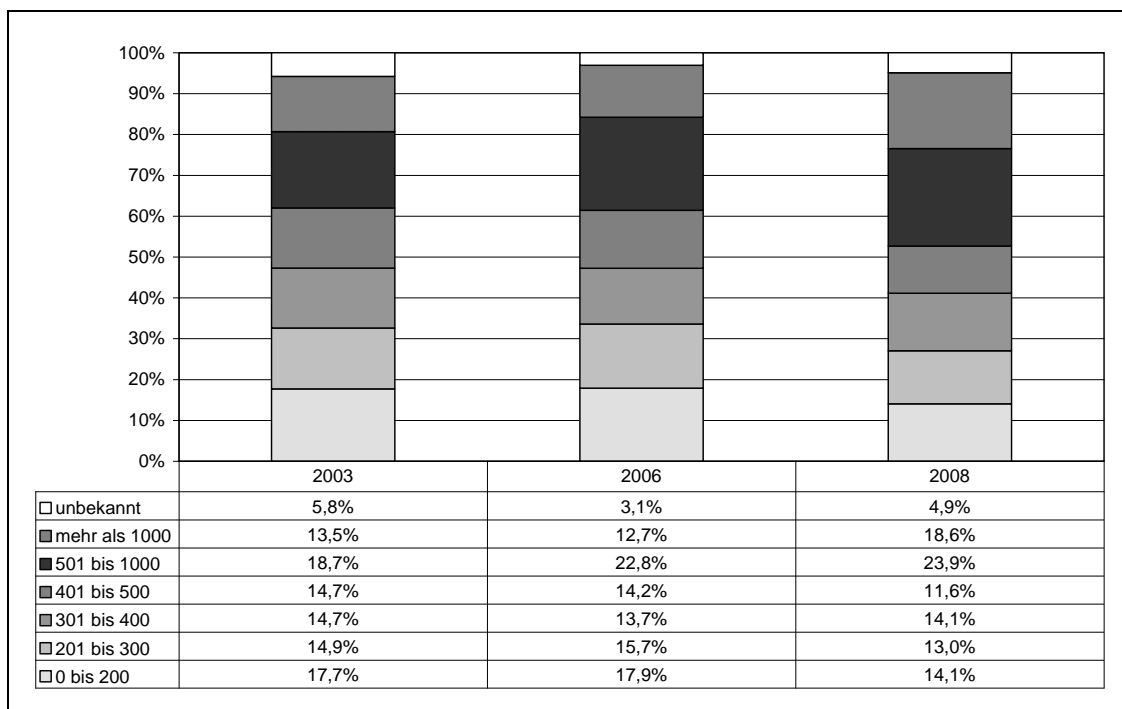


Abbildung 7: Anzahl der Betten – Pflegekräfte

Fachabteilung

Die Fachabteilungen unterscheiden sich in ihren Arbeitsinhalten und in der Art der Patienten. Aber auch die Einführung der DRG mag in den einzelnen Fachabteilungen unterschiedlich wirken. Insbesondere die chirurgischen Abteilungen sind vielleicht etwas weniger von den Veränderungen betroffen, da für die Behandlungen in diesen Abteilungen schon zu einem großen Teil seit längerem per Fallpauschale abgerechnet wird. Dies betrifft zum Teil auch die Geburtshilfe. Alle Fachabteilungen mit ihren jeweiligen Besonderheiten zu beleuchten und für eine Interpretation gegen die anderen Fachabteilungen abzugrenzen, erscheint allerdings praktisch aber auch statistisch (zu kleines n) unmöglich. Dennoch sollen größere Gruppen von Fachabteilungen in den Analysen berücksichtigt werden, um wenigstens einige Unterschiede zu kontrollieren. Im Wesentlichen unterschieden werden – wie auch in der amtlichen Statistik – die chirurgischen Abteilungen von den internistischen Abteilungen. Die Anästhesiologie wurde unter sonstige Fachabteilungen gefasst (Abbildung 8).

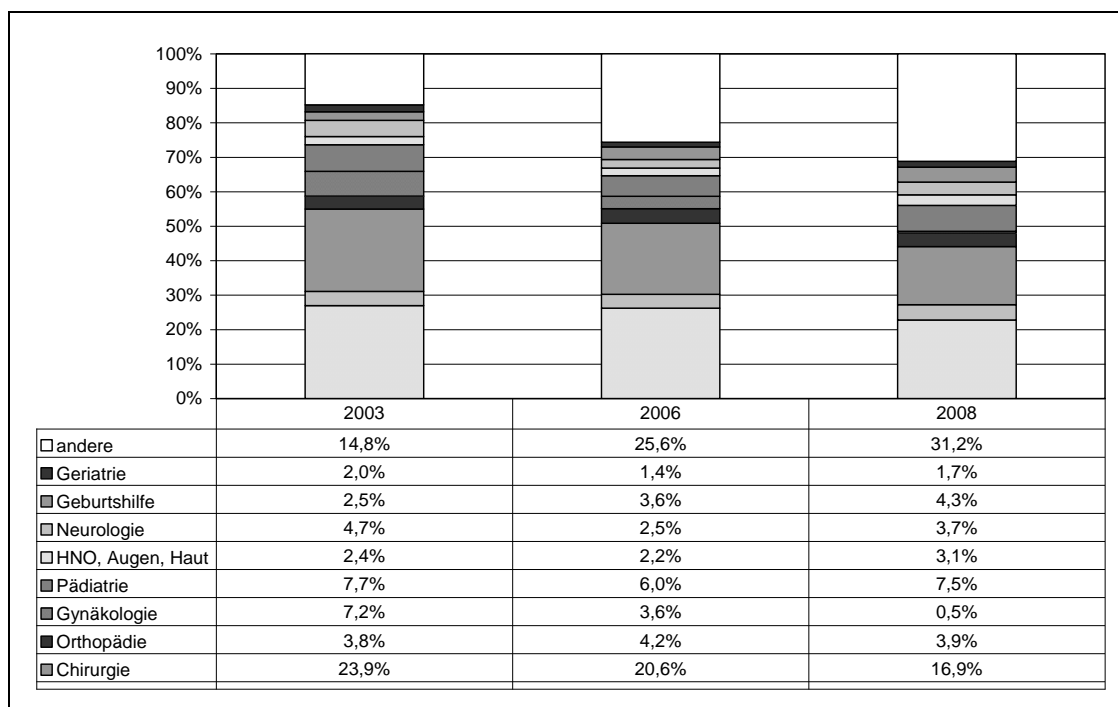


Abbildung 8: Fachabteilungen – Pflegekräfte

Strukturierte Versorgung

Ein Ziel der DRG-Einführung ist, die Effizienz der Versorgung zu steigern. Als eine Möglichkeit dazu beizutragen, wird die Implementierung von strukturierten Behandlungsabläufen angesehen. Case-Management-Konzepte, Clinical Pathways oder Leitlinien sind dabei die Werkzeuge, um den Behandlungsablauf von der Aufnahme bis zur Entlassung zielgerichtet zu steuern und somit Rationalisierungen zu ermöglichen. Dies ist gerade mit Blick auf die für jede Fallpauschale definierten Ober- und Untergrenzen der Verweildauern, die bei Über- und Unterschreitung zu Abschlägen in der Bezahlung führen, ein möglicher Aspekt zur Kostenminimierung.

Eine Zunahme koordinierter Abläufe wird beim Wellenvergleich der Pflegekräftebefragungen (Abbildung 9) sichtbar. Zum einen ist der Anteil der Befragten zurückgegangen, die angaben, nicht zu wissen, ob es so etwas gibt oder nicht. Zum anderen ist der Anteil derer gestiegen, die sagten, koordinierte Abläufe finden in ihrem Krankenhaus statt. Bei den Pflegekräften gab es einen Anstieg von 2003 bis 2008 von 43 Prozent auf 53 Prozent. Auch die Einrichtung von Kurzzeitstationen oder poststationären Abteilungen scheint eine Option zur Anpassung an die Erfordernisse zu sein, wenngleich 2006 ein Maximalwert des Ausbaus dieser Stationen erreicht zu sein scheint, da in 2008 ein leichter Rückgang (um bis zu 3 Prozentpunkte) zu verzeichnen ist.

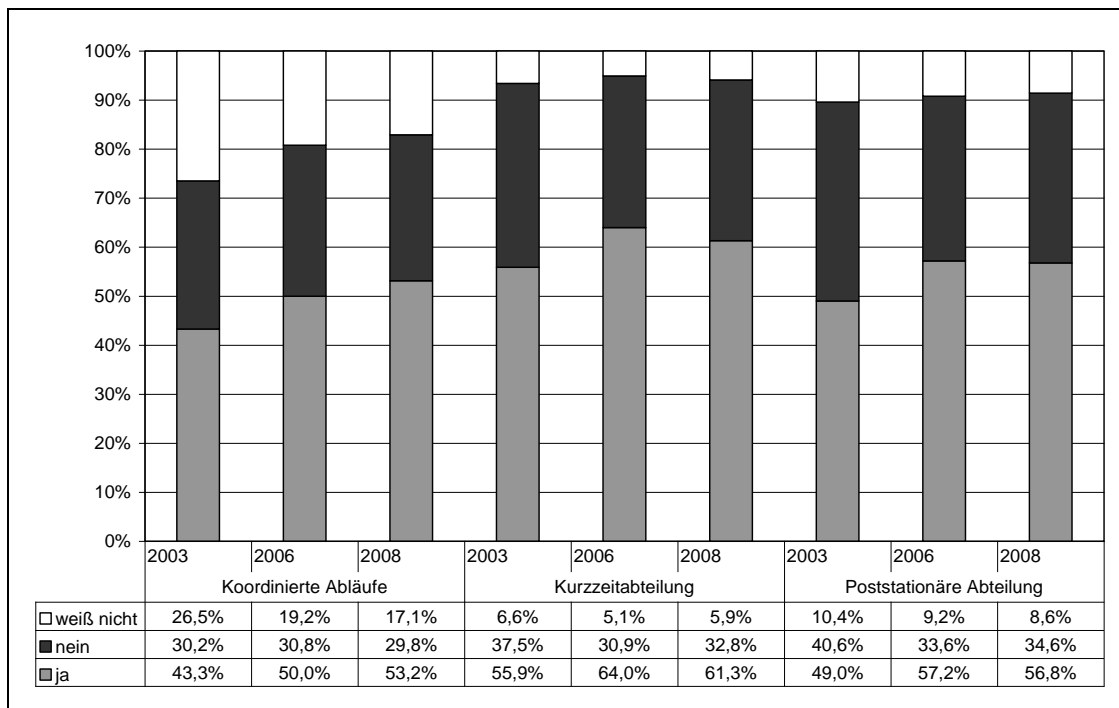


Abbildung 9: Koordinierte Abläufe aus Sicht der Pflegekräfte

Wirtschaftliche Lage

Die DRG werden auch als Element einer verstärkt marktförmigen Steuerung der Krankenhausversorgung angesehen. Insbesondere der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert im Verhältnis zum durchschnittlichen (Landes-)Basisfallwert steuert im DRG-System die wirtschaftliche Lage eines Hauses. Eine schlechte wirtschaftliche Lage zu Beginn der DRG-Einführung ist dann, zumindest theoretisch, eine ungünstige Ausgangsvoraussetzung, um im Wettbewerb mit anderen Standorten zu bestehen. Im Zuge der jährlichen DRG-Anpassungen könnte sich aber auch die wirtschaftliche Lage in bisher gut gestellten Häusern rapide verschlechtern. Entsprechend häufig fanden sich in der Tagespresse Berichte über mögliche Krankenhausschließungen und die Sorge um die Versorgungsqualität. Ein wirkliches Krankenhaussterben im Sinne von Standortschließungen ist jedoch bisher nicht zu beobachten, auch wenn die Anzahl der in der amtlichen Statistik erfassten Krankenhäuser beständig abnimmt. Seit Jahren wird jedoch mit Hinweis auf die schwierige wirtschaftliche Situation Personal in der Pflege abgebaut und damit Unsicherheit verbreitet, die Auswirkungen auf die Arbeitsmoral und somit auf die Versorgungsqualität haben kann.

Die Pflegekräfte wurden gefragt, ob sie Angst um ihren Arbeitsplatz haben und ob das daran liegt, dass möglicherweise das Haus oder die Abteilung geschlossen oder Personal abgebaut wird. Während 2003 33 Prozent der Befragten konkret um den Erhalt ihres Arbeitsplatzes besorgt waren, nahm dieser Anteil bis 2008 auf 20 Prozent ab (Abbildung 10). Dies deutet auf eine sehr realistische Einschätzung hin, denn während im Zeitraum 2003 bis 2006 etwa 7 Prozent der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt abgebaut wurden, deuten die Signale aus der Politik seit 2008 darauf hin, dass ein weiterer Abbau verhindert werden soll. D. h. die derzeit Beschäftigten müssen weniger Angst um ihren Arbeitsplatz haben als diejenigen, die vor einigen Jahren befragt wurden.

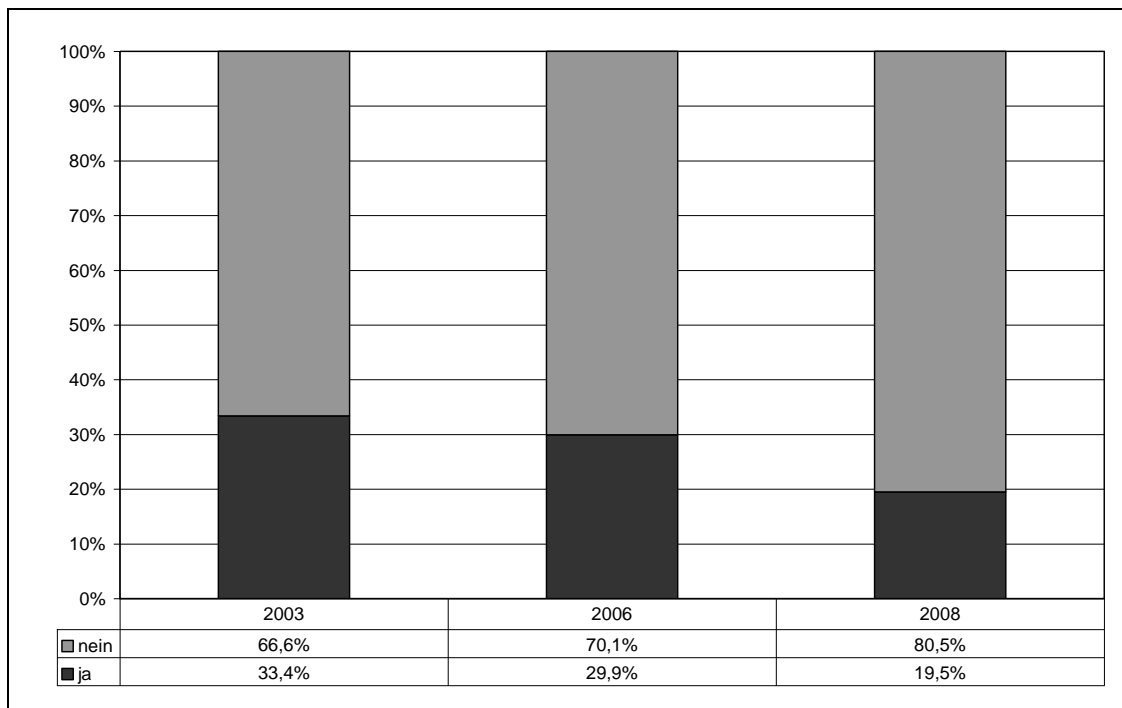


Abbildung 10: Angst vor Arbeitsplatzverlust aus Sicht der Pflegekräfte

5.1.3 Direkte Bewertung des DRG-Einflusses auf Strukturmerkmale durch die Pflegekräfte

Die Pflegekräfte hatten die Möglichkeit, ihre Erfahrungen oder Vermutungen zu den Wirkungen der DRG-Einführung zu äußern. Bezüglich der Strukturmerkmale der Versorgung wurde gefragt, wie der Einfluss des neuen Entgeltsystems auf das Management des Behandlungsablaufs und auf das Arbeitsplatzangebot aussieht. Über alle Wellen hinweg dominiert eine negative Erwartungshaltung (Abbildung 11). Dies erscheint bezüglich der strukturierten Behandlungsabläufe auf den ersten Blick paradox, da diese quantitativ zugenommen haben (s. o.). Den Pflegekräften wurde diese Frage erst 2006 gestellt; aber trotzdem sehen sie eher einen negativen Einfluss (33 Prozent) als einen positiven Einfluss (20 Prozent), der auch 2008 nicht abnimmt. Allerdings wurde hier etwas anders gefragt als bei den Fragen zur Existenz koordinierter Behandlungen, sodass eher auf die Frage nach der Qualität des Pflegeablaufs geantwortet werden konnte.

Bezüglich des Arbeitsplatzangebotes zeigen die Daten der amtlichen Statistik ganz deutlich die negative Entwicklung für Pflegekräfte (s. o.). Mehr als 2/3 der Pflegekräfte meinen dementsprechend ziemlich konstant, die DRG-Einführung wirke sich negativ auf das Arbeitsplatzangebot aus. Es zeigt sich also, dass die von den Befragten bewerteten Zusammenhänge als recht valide anzusehen sind und Veränderungen im Wellenvergleich tatsächliche Veränderungen ihrer Lage widerspiegeln.

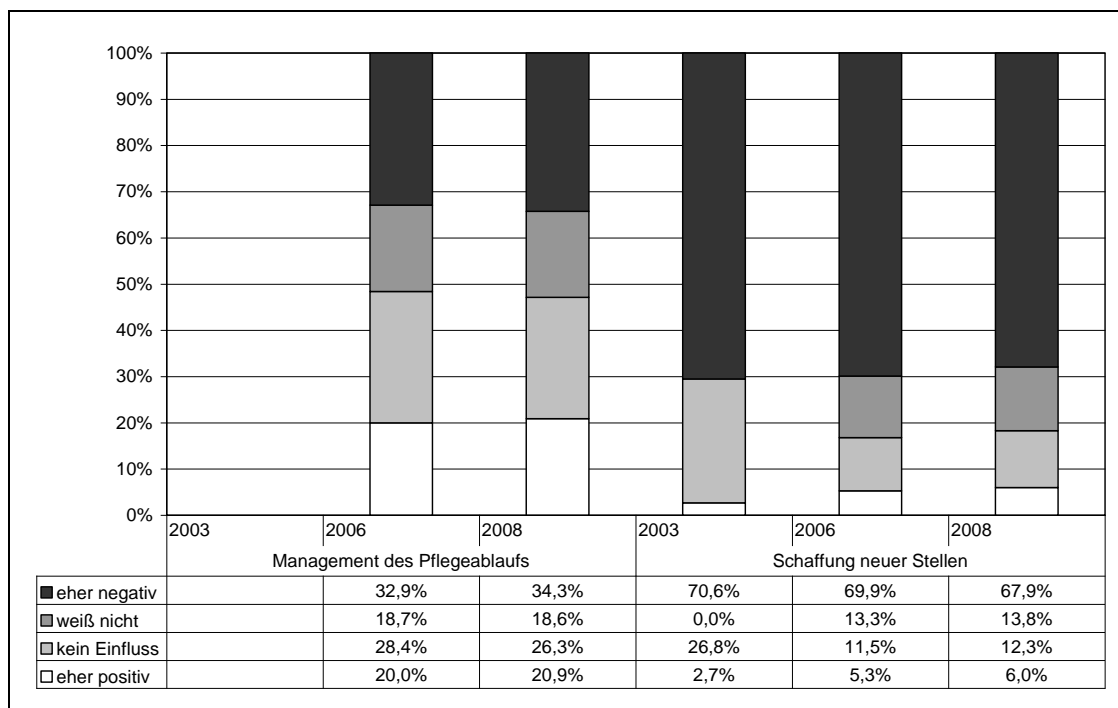


Abbildung 11: Bewertung des DRG-Einflusses auf Strukturmerkmale durch die Pflegekräfte

5.2 Verhältnis der Pflegekräfte zu anderen Berufs- und Funktionsgruppen

Die Art und Weise des Verhältnisses zwischen den verschiedenen Berufsgruppen bestimmt wesentlich die Identifikation und Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit und der Institution Krankenhaus und stellt eine der Ressourcen dar, die es insbesondere Pflegekräften ermöglichen, einen Teil ihrer Arbeitsbelastungen zu relativieren und z. B. gesund zu bleiben (vgl. dazu u.a. Höppner 2004a und Höppner 2004b). Ein schlechtes Verhältnis insbesondere zu Ärzten, das z. B. durch ein starkes Bedeutungsgefälle und starke hierarchische Strukturen geprägt ist, schränkt aber umgekehrt die selbstbewusste Autonomie von Pflegekräften ein und mindert damit die Wirksamkeit und Qualität ihrer Leistungen und damit die der gesamten Behandlung. Die Versorgungsqualität für die PatientInnen des Krankenhauses hängt also in erheblichem Umfang von dem Zusammenwirken und –halt der Berufsgruppen zusammen. Dies wird auch durch die hohe Bedeutung bestätigt, die PatientInnen in der Wahrnehmung und Bewertung ihres Krankenhausaufenthalts der erfahrbaren Kooperation zwischen Ärzten und Pflegekräften zuweisen (vgl. Braun/Müller 2003). Selbst wenn die patienten-nahen Berufsgruppen ein gutes Verhältnis miteinander haben, gehört nicht selten ein schlechtes Verhältnis zu patientenfernen Funktions- und Berufsgruppen zu einer deren Bestandsbedingungen.

5.2.1 Einfluss der Verwaltung auf Versorgungsentscheidungen

Zu einer der unter Budget- und DRG-Bedingungen an Bedeutung zunehmenden Funktionen oder Aufgaben von Verwaltungen gehört die Mitsprache und –entscheidung über den Umfang, die Art und Weise von Versorgung.

Dies fängt bereits bei der Aufnahme von PatientInnen an. Aus Sicht der Pflegekräfte findet sich die Aufnahmesteuerung durch die Verwaltung besonders in privat getragenen Kliniken (+ 11 Prozentpunkte), in kleinen Krankenhäusern (+ 7 Prozentpunkte) sowie in Kliniken, die sich in einer schlechten wirtschaftlichen Lage (+6 Prozentpunkte) befinden oder in denen es koordinierte Be-

handlungsabläufe gibt (+5 Prozentpunkte). Dies stellt sich aus Sicht von erfahrenen Basispflegekräften mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung und aus Sicht von Pflegekräften mit Leitungsfunktionen deutlich anders dar: Sie sehen insgesamt eine um 8 bzw. 15 Prozentpunkte geringere Häufigkeit der Aufnahmesteuerung durch die Verwaltung als ihre Referenzgruppe. Der Anteil der Angehörigen beider Pflegekräfte-Gruppen, der eher eine Abnahme der Aufnahmesteuerung durch die Verwaltung sah, wuchs bei den erfahrenen Basispflegekräften von 7 über 3 auf 17 Prozentpunkte und bei den leitenden Pflegekräften sogar von 11 über 9 auf 31 Prozentpunkte.

Insgesamt gab es außer einem kleinen, auch statistisch signifikanten Abschwung um 4 Prozentpunkte weder eine aus Sicht der Pflegekräfte spürbare Abnahme noch eine Zunahme der Steuerung der Aufnahme durch die Verwaltung.

<i>Tabelle 4: Aufnahmesteuerung durch die Verwaltung aus Sicht der Pflegekräfte</i>								
	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,27	***	0,21	***	0,27	***	0,32	***
Welle 2	-0,04	*						
Welle 3	-0,02							
Weiblich	0,02		0,08	*	-0,07		0,05	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	-0,08	***	-0,07	*	-0,03		-0,17	***
Leitende Pflege	-0,15	***	-0,11	**	-0,09	*	-0,31	***
Teilzeit	0,03		0,03		0,07	*	-0,02	
Dauernachtschicht	0,08	*	0,07		0,05		0,16	
Tagdienst ohne Schicht	0,02		-0,01		0,00		0,11	*
Privates Krankenhaus	0,11	***	0,14	***	0,07	*	0,10	*
Kleines Haus (< 200 Betten)	0,07	**	0,06		0,06		0,13	**
Großes Haus (>1000 Betten)	-0,03		-0,02		-0,10	*	0,02	
Innere	0,00		-0,03		0,05		-0,03	
Pädiatrie	-0,01		0,02		-0,12	*	0,02	
Andere Fachabteilungen	-0,01		0,01		0,01		-0,06	
Koordinierte Behandlungen	0,05	**	0,06	*	0,04		0,06	
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,06	**	0,06	*	0,08	**	-0,02	
adj. R ²	0,03		0,03		0,03		0,06	
*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 % - vgl. zur Methodik und der Merkmalsbildung das Kapitel Operationalisierung im Anhang								
Legende: Die Konstante setzt sich zusammen aus Welle 1 (Befragungszeitpunkt), männlich (Geschlecht), Basispflegekraft mit bis zu 10 Jahren Berufserfahrung (Position), Vollzeit (Arbeitszeit), Wechselschicht mit und ohne Nachtdienst (Schichtdienst), öffentliches oder freigemeinnütziges KH (Träger), 201-1000 Betten (Krankenhausgröße), chirurgische Fachgebiete (Fachgebiet), keine koordinierte Behandlung (koordinierte Behandlung), keine schlechte wirtschaftliche Lage (Situation des H.).								

Generell nimmt die positive Bewertung der Zusammenarbeit mit der Verwaltung mit der Zeit ab und zwar in der zweiten Welle um 3 Prozentpunkte und von Welle 2 auf Welle 3 sogar um statistisch signifikante weitere 8 Prozentpunkte.

Eine eher oder sehr gute Zusammenarbeit mit der Verwaltung wird eher von den Krankenschwestern (+ 8 Prozentpunkte) und von Pflegekräften in kleinen Krankenhäusern (+ 8 Prozentpunkte) erfahren und genannt. Der Anteil der Krankenschwestern mit dieser Bewertung verkehrt sich aber nach einer Zunahme von Welle 1 auf Welle 2 von + 8 Prozentpunkte auf + 16 Prozentpunkte in der dritten Befragungswelle völlig und wird sogar um einen Prozentpunkt geringer als bei Pflegern. Begünstigt wird die Chance dieser Bewertung noch durch die Existenz koordinierter Behandlungsabläufe (+13 Prozentpunkte).

Eine schlechte wirtschaftliche Lage führt zu einem insgesamt um 8 Prozentpunkte geringeren Anteil der Pflegekräfte mit positiver Bewertung der Zusammenarbeit mit der Verwaltung. Wie der Tabelle 5 zu entnehmen ist, schwankt dieser Wert aber im Untersuchungszeitraum zwischen 6 und 12 Prozentpunkte hin und her, was durchaus Ausdruck der Instabilität einer schlechten wirtschaftlichen Lage sein kann.

<i>Tabelle 5: Zusammenarbeit mit der Verwaltung eher/sehr gut aus Sicht der Pflegekräfte</i>								
	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,41	***	0,42	***	0,32	***	0,37	***
Welle 2	-0,03							
Welle 3	-0,08	***						
Weiblich	0,08	**	0,08	*	0,16	***	-0,01	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	0,01		0,02		0,00		-0,01	
Leitende Pflege	0,00		0,00		0,00		0,00	
Teilzeit	-0,03		-0,05		0,00		-0,01	
Dauernachtschicht	-0,04		-0,03		-0,06		0,00	
Tagdienst ohne Schicht	-0,01		0,01		-0,05		0,03	
Privates Krankenhaus	-0,05		-0,08	*	0,01		-0,06	
Kleines Haus (< 200 Betten)	0,08	**	0,06		0,12	**	0,05	
Großes Haus (>1000 Betten)	-0,04		-0,03		0,00		-0,06	
Innere	-0,01		0,00		-0,05		0,02	
Pädiatrie	0,01		0,02		0,03		0,01	
Andere Fachabteilungen	-0,02		-0,05		0,01		0,02	
Koordinierte Behandlungen	0,13	***	0,14	***	0,09	**	0,16	***
Schlechte wirtschaftliche Lage	-0,08	***	-0,07	*	-0,12	**	-0,06	
adj. R ²	0,03		0,03		0,03		0,02	

5.2.2 Information und Kooperation

Informationsfluss

Angesichts der potenziell kontinuierlichen Behandlungs- oder Interventionsbedürftigkeit von PatientInnen und der gleichzeitigen Zunahme von teilzeitbeschäftigten Pflegekräften kommt der systematischen, schnellen, verlässlichen, also vollständigen Weitergabe wichtiger Informationen zur gesundheitlichen Situation und zur pflegerischen wie medizinischen Behandlung ein existentieller Stellenwert zu.

Wie der Informationsfluss wirklich aussieht, zeigen die Antworten auf die Frage, ob der Informationsfluss „eher zufällig“ erfolgt.

Zunächst einmal nimmt der Anteil der Pflegekräfte, in deren Berufsalltag Informationen nicht nur zufällig weitergegeben werden, 2006 und 2008 gegenüber den jeweiligen Vorjahren der Erhebung um 3 und 5 Prozentpunkte ab.

Abgenommen hat der systematische Informationsfluss im Alltag von Pflegekräften, deren Arbeitsstätten wirtschaftlich schlecht dastehen (- 5 Prozentpunkte) und die im Tagdienst ohne Schicht arbeiten (- 8 Prozentpunkte). Der Anteil derjenigen Pflegekräfte, die in Tagschicht arbeiten und die es nicht nur mit der riskanten Form der zufälligen Informationsweitergabe zu tun hatten, sank im Jahr 2008 am stärksten (- 14 Prozentpunkte).

Besser sieht es innerhalb des Befragungszeitraums in Krankenhäusern aus, die koordinierte Behandlungsabläufe haben: Insgesamt gibt ein um 9 Prozentpunkte größerer Anteil von Pflegekräften an,

Informationen fließen bei ihnen nicht nur zufällig. Der Anteil dieser Pflegekräfte stieg dann auch mit leicht zunehmender Tendenz 2006 um 10 Prozentpunkte und 2008 um 12 Prozentpunkte.

Auf niedrigem Niveau und größtenteils nicht statistisch signifikant nehmen leitende Pflegekräfte und Teilzeit-Pflegekräfte eine Verbesserung des Informationsflusses wahr. Dies ist gerade bei Teilzeitkräften eine wichtige Voraussetzung für die Qualität ihrer Arbeit bzw. die Minimierung unerwünschter Effekte. Umso aufmerksamer oder kritischer muss die Abnahme dieser Tendenz in den Jahren 2006 und 2008 betrachtet werden.

<i>Tabelle 6: Information nicht nur zufällig aus Sicht der Pflegekräfte</i>								
	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,78	***	0,75	***	0,75	***	0,78	***
Welle 2	-0,03	*						
Welle 3	-0,05	**						
Weiblich	0,03		0,04		0,04		-0,01	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	-0,02		-0,02		-0,02		-0,01	
Leitende Pflege	0,05	*	0,04		0,05		0,06	
Teilzeit	0,04	**	0,06	**	0,01		0,05	
Dauernachtschicht	0,05	*	0,09	**	0,03		-0,07	
Tagdienst ohne Schicht	-0,08	***	-0,09	*	-0,04		-0,14	**
Privates Krankenhaus	-0,02		-0,05		0,01		-0,04	
Kleines Haus (< 200 Betten)	0,04	*	0,02		0,07	*	0,04	
Großes Haus (>1000 Betten)	-0,03		-0,05		0,00		-0,05	
Innere	0,00		0,02		-0,01		-0,02	
Pädiatrie	0,03		0,01		0,01		0,08	
Andere Fachabteilungen	0,02		0,06	**	-0,01		-0,03	
Koordinierte Behandlungen	0,09	***	0,10	***	0,07	**	0,12	***
Schlechte wirtschaftliche Lage	-0,05	**	-0,06	**	-0,02		-0,05	
adj. R ²	0,03		0,04		0,01		0,03	

Kooperation und Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und einzelnen Berufs- und Funktionsgruppen

Die Bedeutung der Kooperationsverhältnisse zwischen den professionell und hierarchisch sehr unterschiedlichen Berufs- und Funktionsgruppen im sozialen System Krankenhaus wurde bereits weiter oben skizziert. In diesem Kapitel sollen nun die Bewertungen der wichtigsten Beziehungen aus Sicht der Pflegekräfte etwas genauer unter die Lupe genommen werden.

Die Abbildung 12 zeigt, dass konstant über 90 % der Pflegekräfte die Kooperation zwischen jung und alt in ihrer eigenen Berufsgruppe als sehr gut oder eher gut bewerten. Mit leicht steigender Tendenz geben diese guten Noten von mehr als 70 % der Pflegekräfte auch der Zusammenarbeit mit den Ärzten und auch stets mehr als 80 % bewerten ihre Kooperation mit Angehörigen der therapeutischen Funktionsdiensten positiv. Etwas anders bewerten Pflegekräfte die Kooperation mit Angehörigen der diagnostischen Funktionsdienste, die sich 2003 noch für leicht über 70 % der befragten Pflegekräfte sehr gut oder eher gut darstellte, ein Wert der nach einem Anstieg im Jahr 2006 auf ein Niveau leicht unter 70% sank.

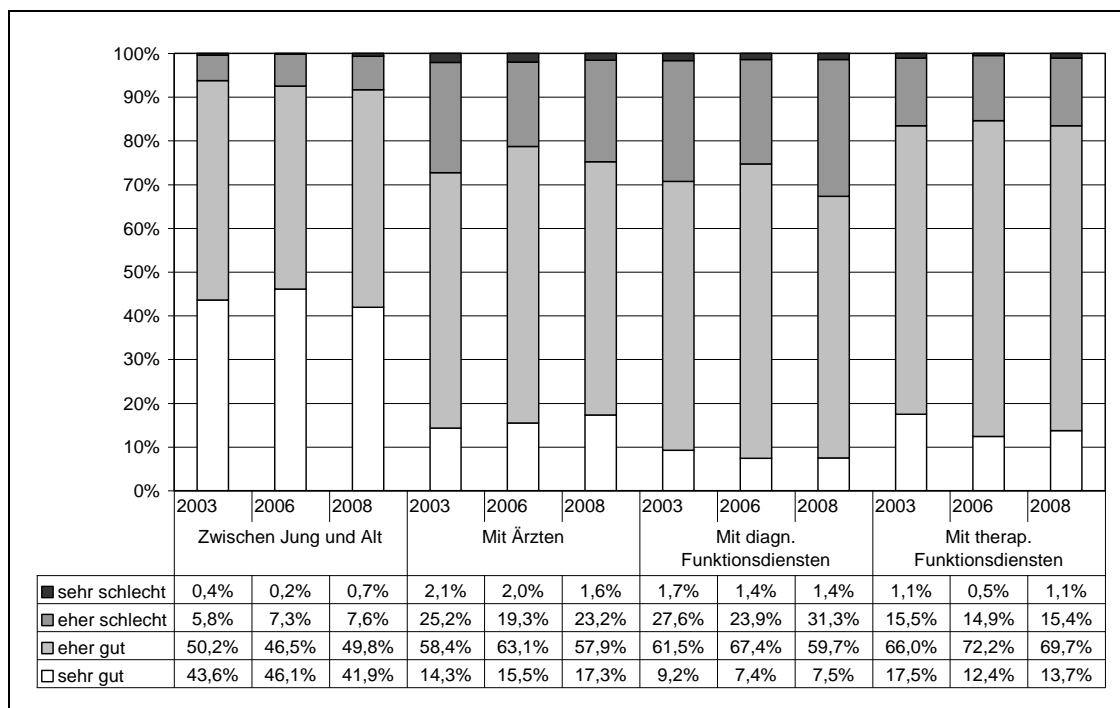


Abbildung 12: Kooperationsverhältnisse aus Sicht der Pflegekräfte (1)

Mit einer Ausnahme sieht die Kooperation mit den vier weiteren in Abbildung 13 dargestellten Kooperationspartnern absolut und trendmäßig ähnlich aus. So bezeichnen konstant über 70 % der Pflegekräfte die Kooperation mit Angehörigen der hauswirtschaftlichen Dienste als sehr gut oder eher gut. Knapp unter bis knapp über 80 % geben dieses Urteil auch bei leicht steigender Tendenz für die Kooperation mit Technikern und Boten ab. Die quantitativ und qualitativ bedeutende Ausnahme ist die Kooperation mit Verwaltung und Qualitätsmanagement: Der Anteil der Pflegekräfte, die sie als sehr gut oder eher gut bewertet, sinkt von einem bereits relativ niedrigen Wert von knapp über 50% im Jahr 2003 kontinuierlich auf rund 45% im Jahr 2008.

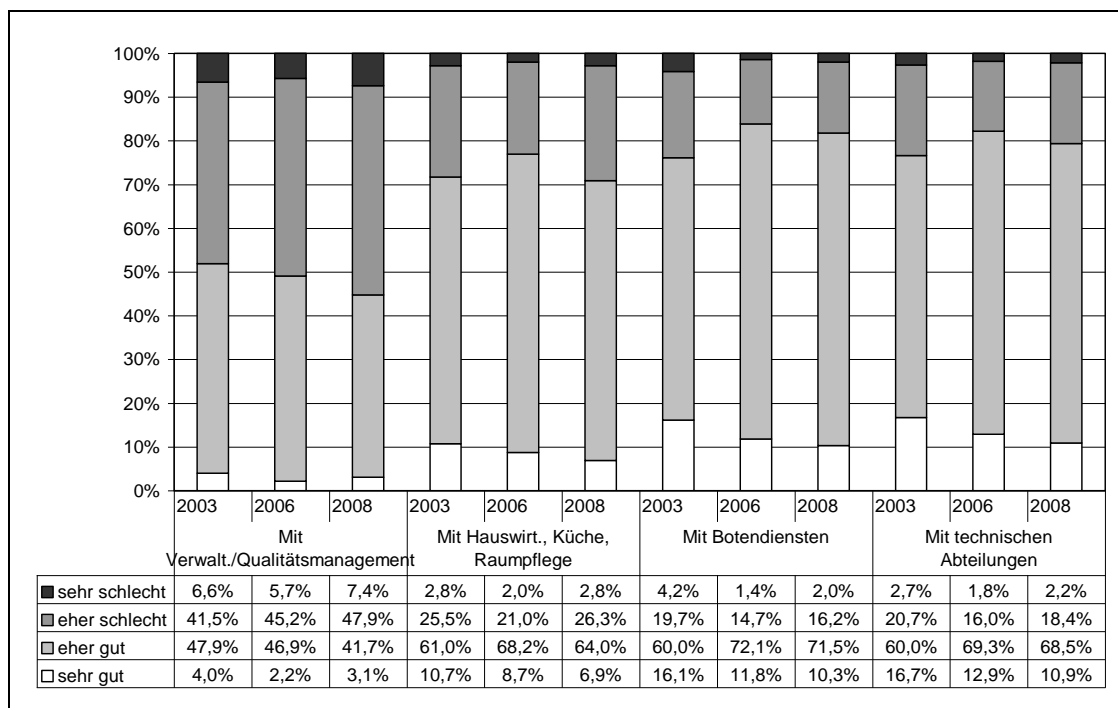


Abbildung 13: Kooperationsverhältnisse aus Sicht der Pflegekräfte (2)

Zu den Bedingungen, die Einfluss darauf haben, dass die Kooperation mit den Ärzten von Pflegekräften als eher gut oder sehr gut bewertet wird, liefert die Tabelle 7 Hinweise aus einer multivariaten Regressionsanalyse.

Die gute Zusammenarbeit wird danach signifikant durch die Existenz koordinierter Behandlungsabläufe ab (+ 9 Prozentpunkte), die Größe des Krankenhauses (kleines Haus: 5 Prozentpunkte) und durch das Geschlecht der Pflegekräfte ab (Krankenschwester: + 5 Prozentpunkte) begünstigt. Nachteilig wirken sich besonders eine schlechte wirtschaftliche Lage des Krankenhauses (- 6 Prozentpunkte) und die Anzahl von mehr als 1.000 Betten (- 5 Prozentpunkte) aus.

Wie bereits in der bivariaten Analyse sichtbar wurde, zeigt sich auch in multivariater Sicht eine Art Abschlaffen der positiven Entwicklung innerhalb des Untersuchungszeitraums. So nimmt die positiv bewertete Zusammenarbeit von 2003 auf 2006 noch statistisch signifikant um 6 Prozentpunkte zu, sinkt aber im Jahr 2008 auf nur noch 2 und nicht mehr signifikante Prozentpunkte Zuwachs ab.

Zu den interessanten Einzelergebnissen gehört die gegenüber der Referenzgruppe um 8 Prozentpunkte kleinere Pflegekräftegruppe, die in privaten Krankenhäusern gut mit Ärzten zusammenarbeitet. Dies gilt auch für die Entwicklung in der Pädiatrie, die insgesamt besser ist als in der Vergleichsabteilung (+ 7 Prozentpunkte), dies aber größtenteils dem sehr guten Niveau im Jahr 2003 (+ 11 Prozentpunkte) zu verdanken hat. In den Folgejahren sieht die Zusammenarbeit in der Pädiatrie immer noch günstiger aus als in der Vergleichsabteilung der Chirurgie aber der Unterschied wird zu Ungunsten der Pädiatrie kleiner.

Tabelle 7: Zusammenarbeit mit Ärzten eher gut/sehr gut aus Sicht der Pflegekräfte

	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,65	***	0,62	***	0,71	***	0,71	***
Welle 2	0,06	**						
Welle 3	0,02							
Weiblich	0,05	*	0,08	*	0,07		-0,04	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	-0,01		-0,02		-0,04		0,04	
Leitende Pflege	0,02		0,04		-0,01		0,03	

Teilzeit	-0,02		-0,04		0,00		0,00	
Dauernachtschicht	0,03		0,02		0,06		0,09	
Tagdienst ohne Schicht	0,04		0,05		0,03		0,06	
Privates Krankenhaus	-0,02		0,02		-0,04		-0,08	*
Kleines Haus (< 200 Betten)	0,05	*	0,02		0,08	*	0,09	
Großes Haus (>1000 Betten)	-0,05	*	-0,07		-0,06		0,00	
Innere	-0,01		0,00		-0,04		0,02	
Pädiatrie	0,07	*	0,11	*	0,03		0,04	
Andere Fachabteilungen	0,01		0,03		-0,01		-0,03	
Koordinierte Behandlungen	0,09	***	0,10	***	0,09	***	0,09	**
Schlechte wirtschaftliche Lage	-0,06	***	-0,07	**	-0,04		-0,10	*
adj. R ²	0,02		0,02		0,02		0,01	

Nach dem speziellen Einfluss der DRGs auf die Kooperation mit fünf ausgewählten Gruppen von Krankenhausbeschäftigten gefragt, zeigt sich in der Abbildung 14 folgendes Bild:

Insgesamt gesehen verringert sich über die rund 5 Jahre Erfahrungs- und Beobachtungszeit bei keinem der ausgewählten Kooperationsverhältnisse das anfängliche Niveau der negativen Bewertung des DRG-Einflusses in positiver Weise – im Gegenteil. Die aus Erfahrungen mit anderen Implementationsprozessen in sozialen Systemen erwartete Gewöhnung der Betroffenen und damit eine „Abkühlung“ und das Verschwinden einer anfänglichen reflexartigen „Jammerei“ findet sich auch am Ende unseres Untersuchungszeitraums nicht.

Am kleinsten ist die Gruppe der Pflegekräfte, die einen negativen Einfluss der DRG auf die Kooperation im Pflgeteam angeben, wobei der Anteil mit eher negativer Bewertung von unter 10 % auf 22 % steigt. Umgekehrt nimmt der bereits sehr geringe Anteil der Pflegekräfte, die einen positiven Einfluss der DRG-Einführung sehen, stetig von rund 13 % auf knapp unter 10 % ab.

Schon etwas größer, nämlich zwischen 24 % und 35 % aller Befragten, ist die Pflegekräfte-Gruppe, die den Einfluss der DRG auf die Kooperation mit den Ärzten als eher negativ bewerten. Diese Gruppe nimmt im Untersuchungszeitraum zu, verhardt aber 2006 und 2008 auf dem erreichten Niveau von etwas mehr als einem Drittel der Pflegekräfte. Der Anteil der Pflegekräfte, die den DRG-Einfluss hier als eher positiv bewertet halbiert sich von 2003 bis 2008 um rund die Hälfte und liegt im letzten Jahr bei knapp unter 10 %.

Ähnliches lässt sich mit etwas unterschiedlichen Niveaus für die Bewertung des DRG-Einflusses auf die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Funktionsbereichen und für die Transparenz der Pflege sagen. Abweichend zu anderen abgefragten Bereichen mit möglichem DRG-Einfluss sagt aber rund ein Viertel der Pflegekräfte für die Jahre 2006 und 2008, die DRG hätten sich eher positiv auf die Transparenz über Pflegeprozesse ausgewirkt.

Angesichts des bisher Bekannten wundern die Bewertungen des DRG-Einflusses auf das Betriebsklima nicht: Ein stetig von rund 40 % auf fast 54 % wachsender Anteil der Pflegekräfte bewertet ihn negativ und lediglich ein verschwindend geringer Anteil von zuletzt 3,6 % als positiv.

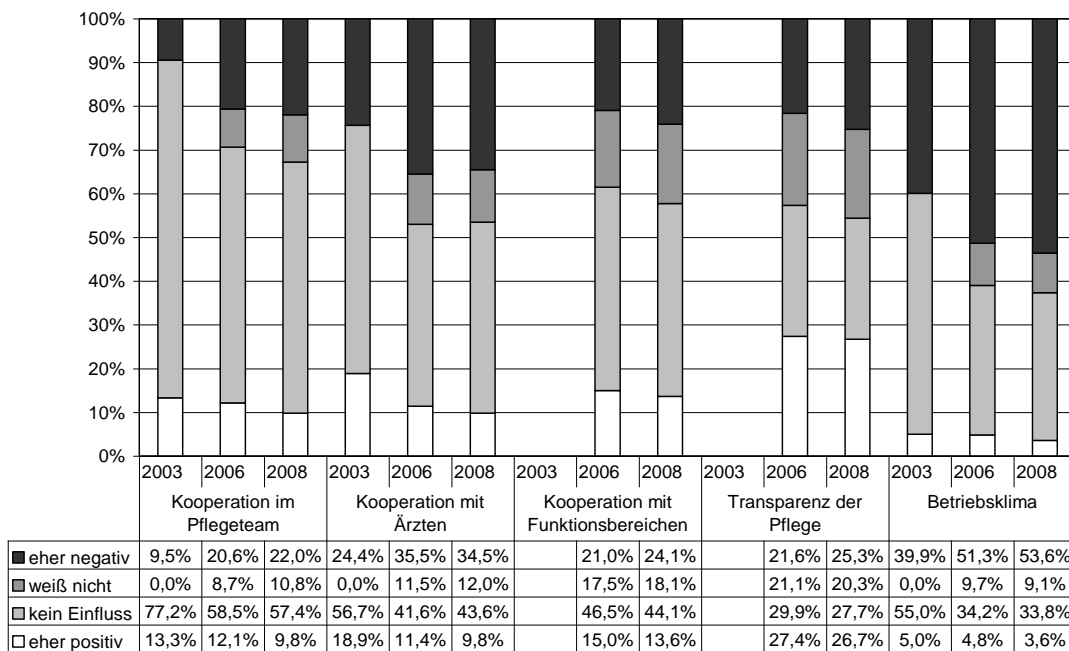


Abbildung 14: Bewertung des DRG-Einflusses auf die Zusammenarbeit aus Sicht der Pflegekräfte

5.2.3 Arbeitsteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten

Die Arbeitsteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten sowie weiteren Berufsgruppen ist eine wichtige Bedingung für die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der stationären Behandlung sowie für eine positive Bewertung der Behandlung durch Patienten. Umso wichtiger ist, dass sie in den letzten Jahren durch mehrere unterscheidbare Entwicklungen unter Druck gerät:

- Erstens als Folge des Drucks den die DRG ausüben, über die historisch oft zufällig und undurchdacht entstandene Arbeitsteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten bzw. weiteren Berufsgruppen nachzudenken und
- zweitens im Gefolge der Um- und Neudefinition der Rolle der Pflegekräfte bzw. deren Professionalisierung und Akademisierung.

In einer Batterie von Fragen haben wir daher die Pflegekräfte in den Befragungen der Jahre 2006 und 2008 danach gefragt, von welcher der vier vorgegebenen Berufsgruppen neun ausgewählte behandlungsbezogene Tätigkeiten gemacht wurden.

Wenn wir zunächst anschauen, ob eine oder mehrere der Berufsgruppen aus Sicht der Pflegekräfte nennenswerte Handlungsanteile bei den näher betrachteten Tätigkeiten verloren oder gewonnen haben, zeigt sich in den Abbildungen 15 bis 23 folgendes Bild:

- An der Beteiligung der Ärzte verändert sich auf unterschiedlichen Niveaus in dem zweijährigen Untersuchungszeitraum nichts oder nur relativ wenig. Die geringste arbeitsteilige Rolle spielen Ärzte mit einem Anteil zwischen 20 % und 30 % beim Austausch der Antibiose, die um die 90 %-Marke schwankende stärkste beim Legen eines intravenösen Zugangs, dicht gefolgt von der intravenösen Blutabnahme, welche zu knapp unter 80 % von Ärzten gemacht wird. Beim Anhängen einer intravenösen Antibiose spielen Ärzte auf vergleichsweise niedrigem Niveau eine im Vergleich am stärksten abnehmende Rolle (von über 50 % auf unter 50 % sinkend).

- Die Beteiligung der 3-jährig examinierten Pflegekräfte steigt in ihrer Wahrnehmung bei sämtlichen der ausgewählten Tätigkeiten zum Teil kräftig, d.h. zum Teil um die Hälfte des Ausgangswertes zu. Dies gilt auch dort, wo Ärzte weiterhin dieselbe Tätigkeit ausüben wie etwa bei der intravenösen Abnahme von Blut. Der Anteil der Pflegekräfte, der dies auch macht, steigt von 34 % auf 54 % und auch das Legen eines intravenösen Zugangs zählen 2008 rund 30 % aller befragten Pflegekräfte zu ihren Aufgaben. Bei den Tätigkeiten des Anhängens einer Antibiose, ihres Austausches, eines antiseptischen Verbandswechsels mit Wundspülung und Fäden ziehen oder Klammern entfernen zeigt sich auch eine Art kommunizierende Veränderung der Arbeitsteilung. Hier nimmt das Engagement der Ärzte durchweg leicht ab und das der Pflegekräfte so kräftig zu, dass ihr Gewicht aus ihrer Wahrnehmung hier deutlich über dem der Ärzte liegt. Schließlich geht die Beteiligung der Ärzte an der Entscheidung über Schmerzmittelvergabe aus Sicht der Pflegekräfte von rund 58 % auf rund 54 % zurück, während ihr Anteil von 55% auf 68% steigt (siehe Abbildung 15 bis Abbildung 23).
- Mit Ausnahme der Arzthelferinnen bei der intravenösen Abnahme von Blut, spielt keine der beiden anderen Berufsgruppen bei den ausgewählten Leistungen eine erwähnenswerte Rolle.

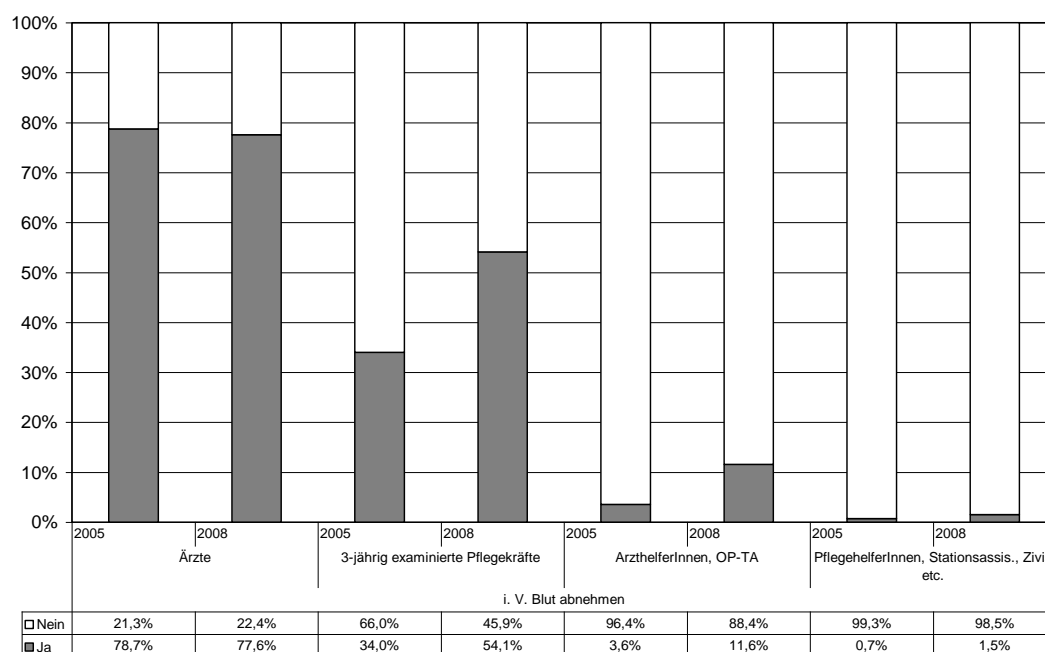


Abbildung 15: Arbeitsteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten 1

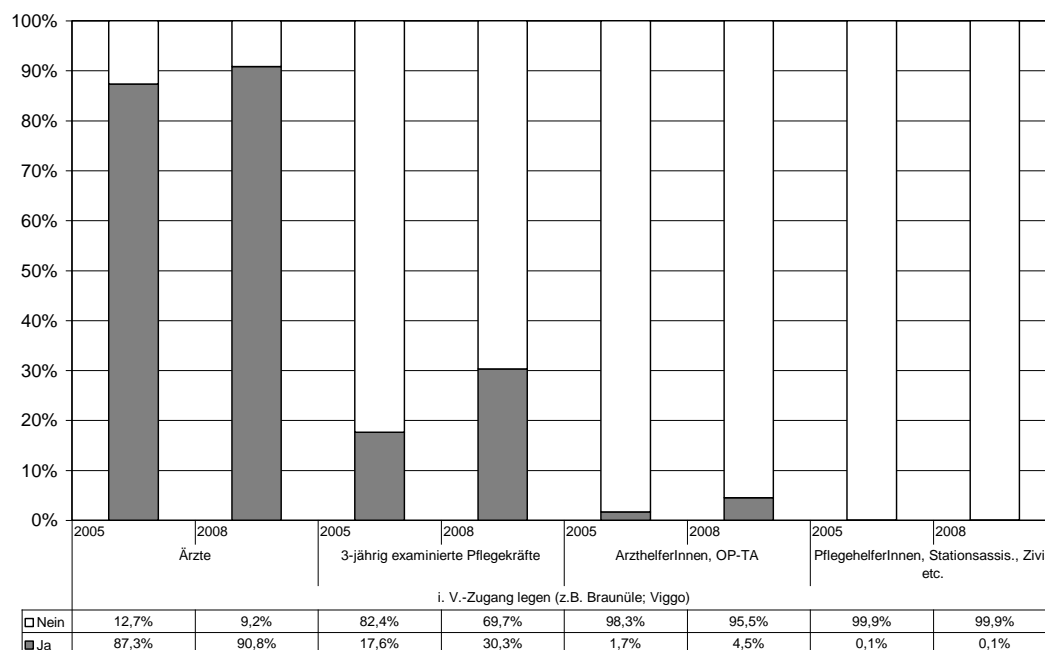


Abbildung 16: Arbeitsteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten 2

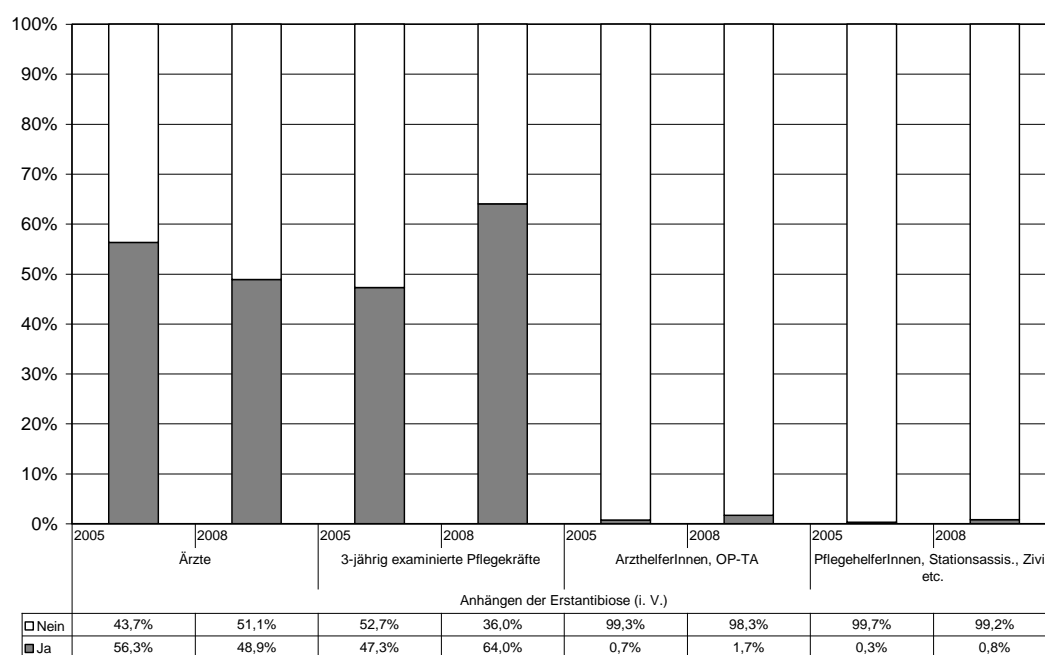


Abbildung 17: Arbeitsteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten 3

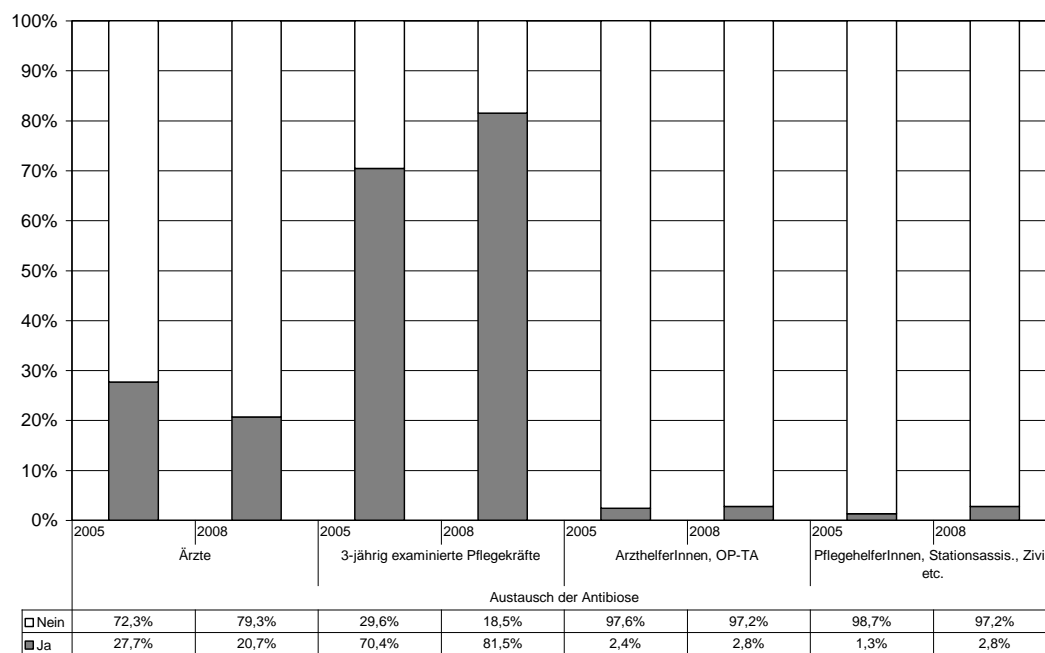


Abbildung 18: Arbeitsteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten 4

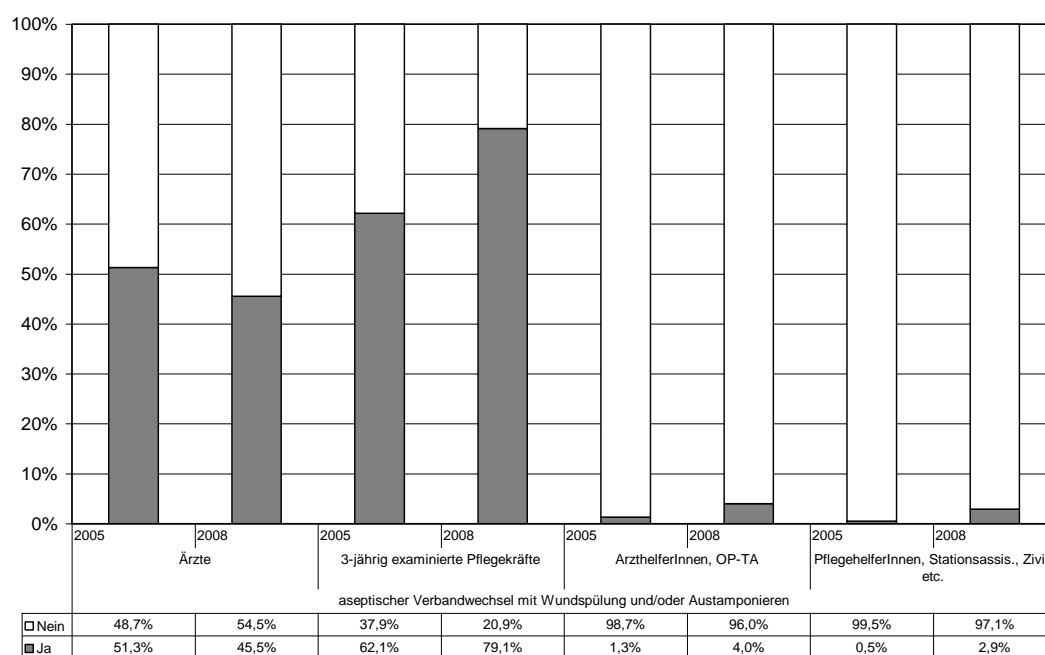


Abbildung 19: Arbeitsteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten 5

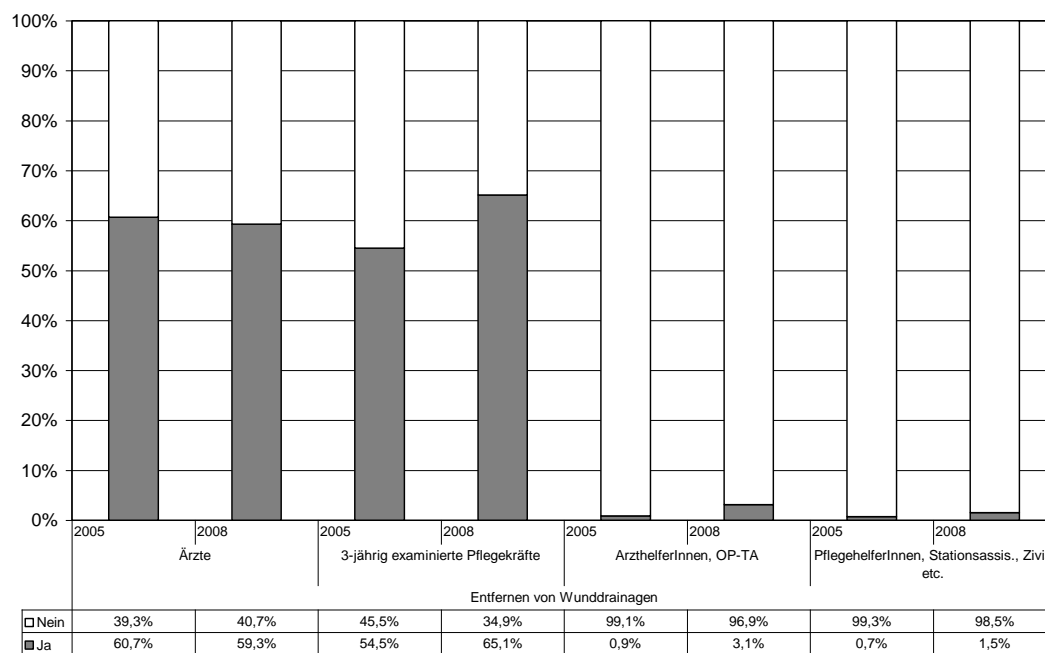


Abbildung 20: Arbeitsteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten 6

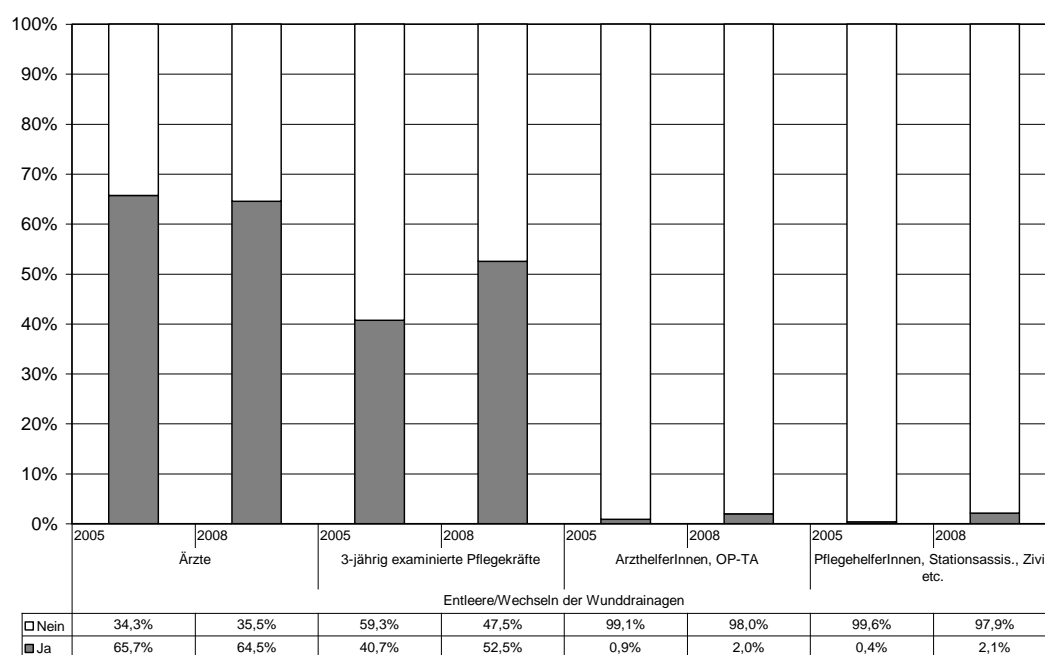


Abbildung 21: Arbeitsteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten 7

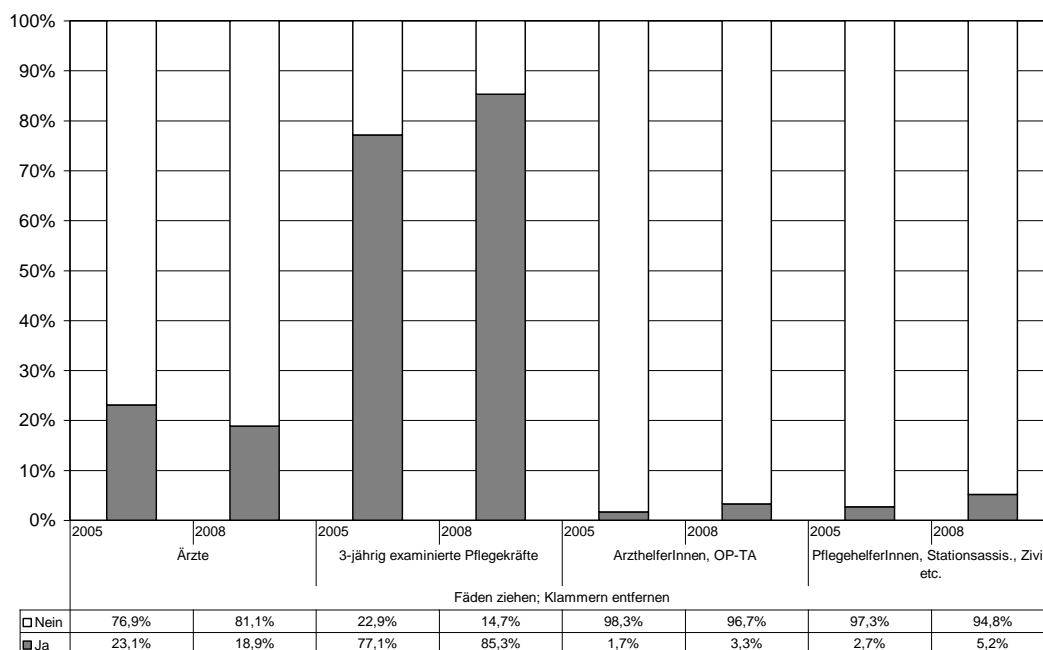


Abbildung 22: Arbeitsteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten 8

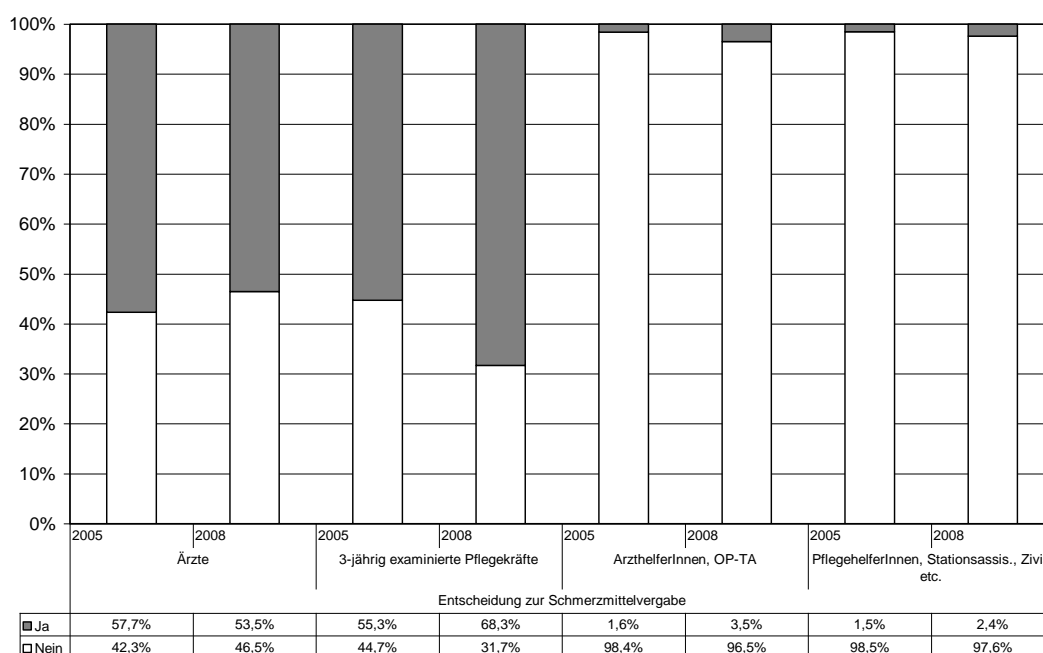


Abbildung 23: Arbeitsteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten 9

5.2.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Eigentlich widerspricht niemand der Feststellung, dass sowohl der Versorgungs- und Arbeitsprozess als auch die Ergebnisse der stationären Krankenbehandlung maßgeblich von dem abgestimmten und friktionsfreien Zusammenwirken aller Beteiligten abhängt und die personalen und interpersonellen bzw. die „menschelnden“ Aspekte der personalen Dienstleistung Krankenhausbehandlung für die Patienten zu deren wichtigsten positiven Bedingungen gehört. Trotzdem stellte das Neben-, Mit- oder auch Gegeneinander von Ärzten und Pflegekräften und eine mehr oder minder klare Sta-

tusdifferenzierung in „oben“ und „unten“ ein über viele Jahrzehnte ungeklärtes Problem und Produktivitätshemmnis dar.

In den letzten Jahren häufen sich nun Ansätze, daran durch die Delegation einiger ärztlicher Leistungen an Pflegekräfte, die Verwissenschaftlichung und Akademisierung von Pflege und Pflegeberufen, neue Arbeitsteilung und neue Berufsbilder im Pflegebereich grundsätzlich zu ändern. Ob damit das genannte Problem wirklich gelöst oder nicht nur übertüncht wird, und sogar für die Erbringung der personalen Dienstleistung nachteilige neue Probleme geschaffen werden, wird durch einige Ergebnisse unserer Befragungen eher bestätigt als widerlegt. So sinnvoll möglicherweise die Delegation ärztlicher Leistungen auf Pflegekräfte ist, so problematisch ist die Tatsache, dass Pflegekräfte zwar diese zusätzlichen Arbeiten verrichten, aber nach ihrer eigenen Wahrnehmung teilweise parallel zu Ärzten und ohne dafür andere Tätigkeiten abzugeben. Die Wahrscheinlichkeit, dass es zu konkurrenten Behandlungssituationen kommt, in der dann wahrscheinlich die ärztliche Autorität mehr zählt und dass Pflegekräfte bei dauerhafter Überlastung pflegerische Kernaufgaben wegen der delegierten Tätigkeiten vernachlässigen (müssen), ist nicht von der Hand zu weisen. Der wachsende Anteil von Pflegekräften, die nach eigenem Bekunden keine ordentliche Grundpflege mehr leisten können, könnte ein Indiz für die Realität dieser Wahrscheinlichkeit sein. Zudem erhebt sich die Frage, ob diese Delegation „on the job“ erfolgt oder nach ausländischen Vorbildern zusammen mit anderen denkbaren qualifikatorischen Anreicherungen nicht besser bereits in der Ausbildung verankert werden sollte. Zu den theoretischen Nachteilen der Akademisierung der Pflegearbeit – wie jeder anderer Tätigkeit – und des Entstehens neuer Berufe und Berufsbildern gehört zweierlei: Neben die Rollenhierarchie zwischen Pflegekräften und Ärzten tritt die u.U. noch härtere innerhalb der Gruppe der Pflegekräfte, d.h. ein weiteres Neben-, Mit- oder Gegeneinander. Das Entstehen neuer Arbeitsteilungen und der Einbau zusätzlicher und anders qualifizierter Personen geht mit einer mehr oder minder langen Phase eher dissoziativer als assoziativer Natur einher. Auch wenn die „neuen“ Berufstätigen dies nicht offen vertreten, stellt ihre Existenz und ihr selbstverständliches Pochen auf Anerkennung ihrer bisher verkannten inhaltlichen Bedeutung eine Kritik des Bestehenden und der bisherigen Akteure dar. Alles zusammen stellt das Gegenteil von Bedingungen dar, die Kooperation fördern. Und auch aus Sicht vieler Patienten stellt eine stärkere Arbeitsteilung innerhalb des Krankenhauspersonals und die Existenz und Arbeit zusätzlicher Fachkräfte mindestens für eine längere Anlaufphase eher eine Belastung als einen Nutzen dar. Darauf deutet u.a. die in unseren Patientenbefragungen identifizierte hohe Bedeutung eines „festen Ansprechpartners“ hin, die durch ein zudem noch mit Selbstfindungsarbeiten beschäftigtes Expertenteam nicht gesichert werden kann.

Angesichts der beschriebenen offenen Probleme und den keineswegs von unerwünschten Effekten freien Entstehung neuer Berufe und Qualifikationen sollte mehr als bisher über die Bedarfe und Bedürfnislagen der Patienten als Maßstab für den Erhalt alter und die Schaffung neuer Berufe, Arbeitsteilungen und Funktionen nachgedacht werden. So berechtigt das Interesse von Berufstätigen nach beruflichem Aufstieg durch mehr und andere Qualifikation ist, so wichtig ist es auch zu bedenken, dass gerade die berufliche Zufriedenheit von Pflegekräften von der Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung und ihrem Ergebnis ist.

5.3 Arbeitszeit

5.3.1 Art und Ausmaß der Arbeitszeit (Teilzeit und Schicht)

Schon allein die Tatsache, dass Krankenhäuser kontinuierlich arbeitende Betriebe sind, bedingt eine größere Vielfalt der Arbeitszeiten der dort Beschäftigten. Wie sie im Detail aussieht, zeigt die Abbildung 24.

Fast zwei Drittel aller beschäftigten Pflegekräfte arbeiten zu allen Erhebungszeitpunkten in Wechselschicht mit Nachtschicht. Mit einem Anteil, der zwischen 15,5 % und 18,9 % schwankt, sind die Pflegekräfte mit der Schichtdienstform Wechselschicht ohne Nachtarbeit die zweitgrößte Gruppe. Nur ein geringer, aber von 7,7 % auf 11,6 % steigender Teil der Pflegekräfte übt seine Tätigkeit in Nicht-Schichtdienst, also ausschließlich in Tagschicht aus. In Dauernachtdienst arbeitet ein zwischen 2003 und 2008 von 9,8 % auf 3,5 % sinkender Anteil der Pflegekräfte.

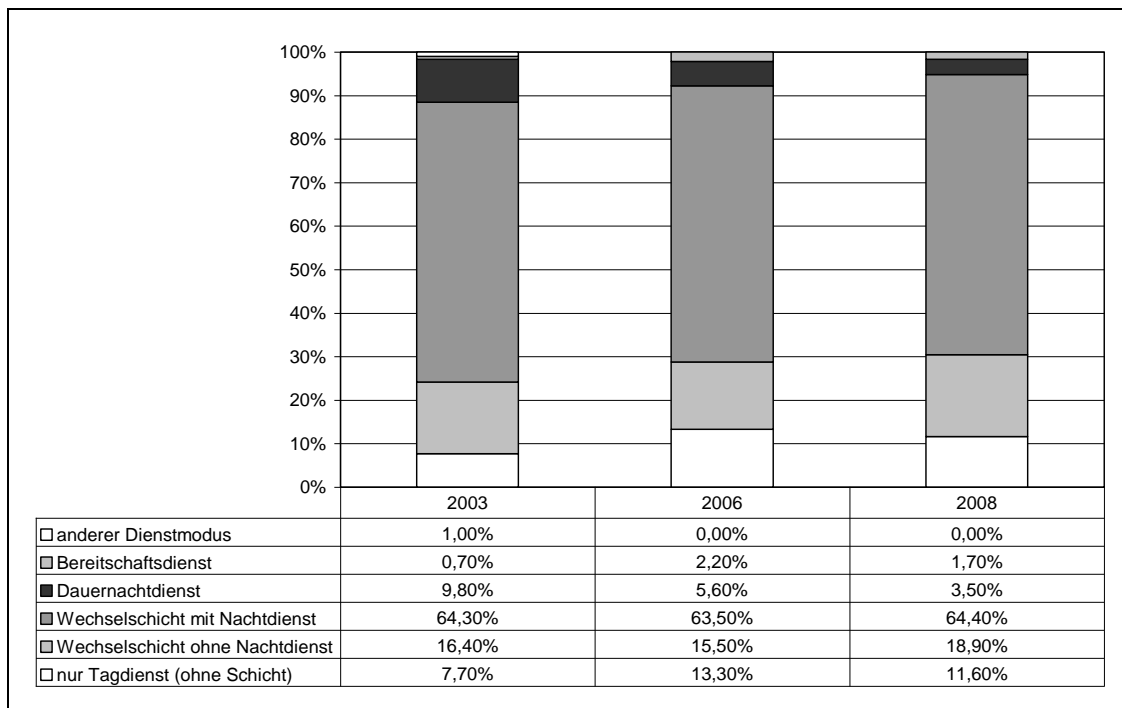


Abbildung 24: Schichtdienstformen aus Sicht der Pflegekräfte

5.3.2 Verwendung der Arbeitszeit: Anteil pflegerischer Tätigkeiten versus administrativer Tätigkeiten

Zum Grundrepertoire der Kommunikation über die Berufstätigkeit vieler Professionen gehört die Klage über den Verlust zeitlicher Ressourcen für die „eigentliche“ Tätigkeit und die Ausbreitung nichtfachlicher, meist administrativer Arbeiten der Dokumentation oder Rechtfertigung von Arbeiten gegenüber Dritten. Dies ist weder bei Ärzten noch bei Pflegekräften im Krankenhaus anders.

Umso interessanter sind Selbstbewertungen der betreffenden Beschäftigten. In der Abbildung 25 zeigt sich zunächst, dass in der Tat nicht sämtliche Arbeitszeit der Pflegekräfte für patientennahe Tätigkeiten verwandt wird, sondern lediglich zwischen 47,3 % und 50,7 %. Der als problematisch kritisierte Anteil administrativer Tätigkeiten erfordert knapp ein Viertel der verfügbaren Arbeitszeit und die sonstigen Tätigkeiten etwas mehr als ein Viertel.

Da vielfach die Einführung der DRG als wesentliche Triebfeder für eine Zunahme administrativer zu Lasten patientennaher Tätigkeiten bezeichnet wird, ist die geringe, aber immerhin quantitativ ins Gewicht fallende Zunahme des Anteils patientennaher Tätigkeiten zwischen 2003 und 2008 um mehr als 3 Prozentpunkte von besonderer Bedeutung. In diesem Zusammenhang fällt dann auch die absolut geringe Abnahme des Anteils administrativer Arbeit besonders ins Gewicht. Nimmt man noch hinzu, dass sich sowohl unter dem Etikett administrativer als auch sonstiger Tätigkeiten patientenrelevante Arbeiten wie beispielsweise eine genauere Dokumentation der Medikation oder Transporte zu Untersuchungen etc. verbergen, ist in der Wahrnehmung der Pflegekräfte der Anteil

patientennaher oder –relevanter Tätigkeiten mit der DRG-Einführung mit Sicherheit nicht kleiner geworden – im Gegenteil. Die Kritik könnte sich also lediglich generell auf die 50:25:25-Verteilung richten und z. B. eine Entlastung der Pflegekräfte von administrativer Arbeit durch Arzthelferinnen oder Dokumentationsfachkräfte verlangen.

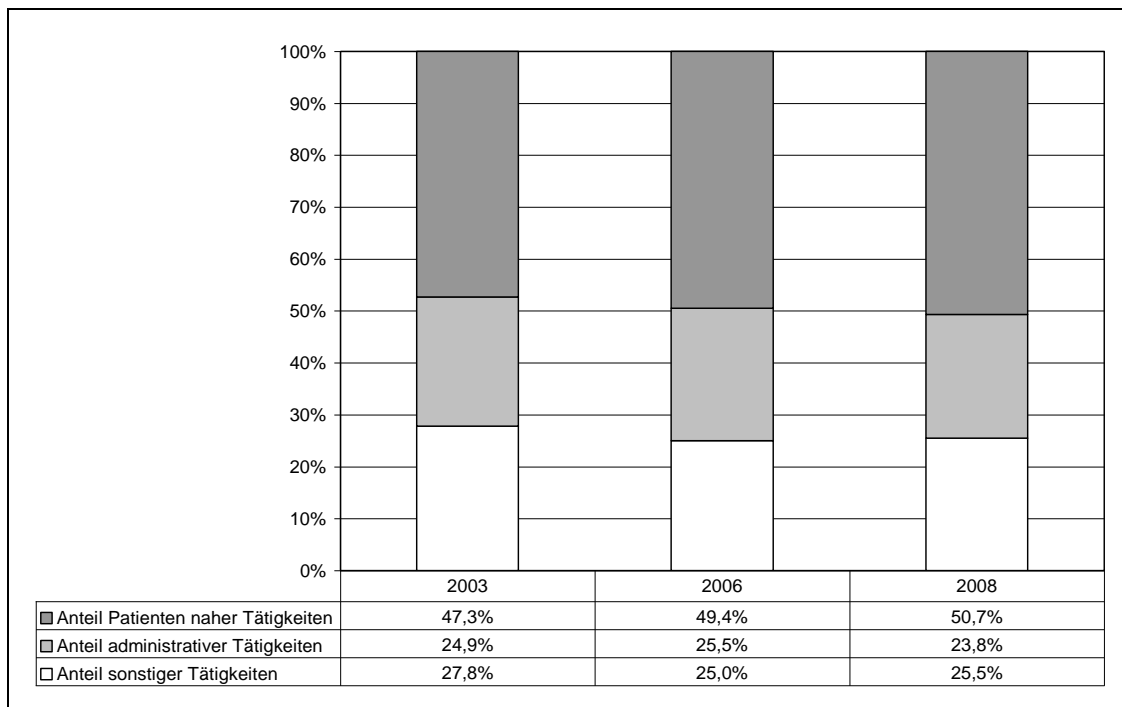


Abbildung 25: Verwendung Arbeitszeit aus Sicht der Pflegekräfte

Unabhängig von der offenkundigen Dissonanz der Kommunikation über und der Selbstdokumentation der qualitativen Verwendung der Pflegekräfte-Arbeitszeit ist trotzdem interessant zu untersuchen, welche Faktoren sich auf die Wahrnehmung der Pflegekräfte auswirken, einen großen Anteil der Arbeitszeit für patientennahe Tätigkeiten zur Verfügung zu haben.

In der entsprechenden Regressionsanalyse zeigt sich, dass dabei insgesamt die Existenz koordinierter Behandlungsabläufe (+ 3 Prozentpunkte), die Arbeit in der Pädiatrie (+4 Prozentpunkte) und die Arbeit in einem Krankenhaus mit mehr als 1.000 Betten (+3 Prozentpunkte) eine hohe Bedeutung haben. Ungünstig wirkt sich die Arbeit in Dauernachtdienst (- 29 Prozentpunkte), Arbeit in Tagsschicht ohne Schichtarbeit (- 11 Prozentpunkte) und eine leitende Tätigkeit in der Pflege (- 3 Prozentpunkte) aus. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Pflegekräfte, die in Teilzeit arbeiten, anders als ihre Tagsschicht-KollegInnen weder positiv noch negativ Probleme mit dem möglichst hohen Anteil patientennaher Tätigkeiten haben.

Auch in der multivariaten Analyse spielt der zeitliche Verlauf der DRG-Einführung keinerlei signifikante Rolle.

<i>Tabelle 8: Anteil der patientennahen Tätigkeit aus Sicht der Pflegekräfte</i>								
	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,48	***	0,45	***	0,55	***	0,49	***
Welle 2	0,01							
Welle 3	0,01							
Weiblich	-0,01		0,01		-0,04	*	0,00	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	0,00		0,03	*	-0,02		-0,04	
Leitende Pflege	-0,03	*	-0,04		-0,03		-0,05	

Teilzeit	0,02		0,00		0,03		0,03	
Dauernachtschicht	-0,29	***	-0,30	***	-0,23	***	-0,35	***
Tagdienst ohne Schicht	-0,11	***	-0,01		-0,19	***	-0,12	***
Privates Krankenhaus	0,01		0,00		0,01		0,02	
Kleines Haus (< 200 Betten)	0,00		-0,01		0,00		0,00	
Großes Haus (>1000 Betten)	0,03	*	0,02		0,02		0,04	
Innere	0,01		-0,01		0,02		0,05	*
Pädiatrie	0,04	*	0,03		0,04		0,07	*
Andere Fachabteilungen	0,02		0,04	**	0,01		0,01	
Koordinierte Behandlungen	0,03	***	0,04	***	0,02		0,04	*
Schlechte wirtschaftliche Lage	-0,01		-0,01		-0,03		-0,01	
adj. R ²	0,11		0,13		0,11		0,12	

Untersucht man umgekehrt welche Faktoren einen hohen Anteil administrativer Tätigkeiten begünstigen oder verringern, kommt man zu folgenden Ergebnissen: Erwartungsgemäß haben besonders leitende Pflegekräfte wesentlich mehr mit administrativen Tätigkeiten zu tun als Basis-Pflegekräfte, nämlich insgesamt um + 9 Prozentpunkte. Der leichte Anstieg von 2003 nach 2008 deutet an, dass es sich dabei wohl um eine Dauererscheinung handelt. Sofern es weitere Hinweise auf Umstände gibt, welche einen hohen Anteil administrativer Arbeit fördern, sind diese instabil oder stark schwankend. Dies gilt z. B. für Pflegekräfte, die in Tagschicht ohne Schicht arbeiten: 2003 ist ihr Anteil mit viel Verwaltungsarbeit signifikant geringer als der entsprechende Anteil in der Referenzgruppe (- 4 Prozentpunkte), um dann 2006 ebenfalls signifikant ins genaue Gegenteil zu fallen (+ 7 Prozentpunkte) und 2008 auf dem Durchschnittsniveau zu landen.

Eher hemmend wirken sich auf einen hohen Anteil administrativer Arbeit dagegen insgesamt die Arbeit in Dauernachtschicht (- 14 Prozentpunkte) und die Tätigkeit in einem privaten Krankenhaus (- 3 Prozentpunkte, ein im Zeitverlauf schwächer und insignifikant werdende Größe) aus. Perspektivisch interessant ist die Entwicklung in den Fachabteilungen innere Medizin, Pädiatrie und andere Fachabteilungen im jeweiligen Vergleich mit der Chirurgie: Bei anfänglich geringen oder statistisch nicht signifikanten Werten gibt es 2008 in allen drei Abteilungen deutlich geringere Chancen, eines hohen Verwaltungsaufwands (- 6, 7 und 6 Prozentpunkte).

Auch beim Anteil administrativer Arbeit gibt es keine signifikanten Effekte aus dem zeitlichen Verlauf der DRG-Einführung.

<i>Tabelle 9: Anteil der administrativen Tätigkeit aus Sicht der Pflegekräfte</i>								
	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,27	***	0,28	***	0,25	***	0,27	***
Welle 2	0,00							
Welle 3	-0,01							
Weiblich	-0,01		-0,01		0,01		0,01	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	0,00		-0,01		-0,01		0,02	
Leitende Pflege	0,09	***	0,10	***	0,07	***	0,11	***
Teilzeit	-0,01		0,01		-0,01		-0,03	*
Dauernachtschicht	-0,14	***	-0,17	***	-0,11	***	-0,07	
Tagdienst ohne Schicht	0,02		-0,04	*	0,07	***	0,00	
Privates Krankenhaus	-0,03	**	-0,04	***	-0,02		-0,01	
Kleines Haus (< 200 Betten)	-0,01		0,00		-0,02		-0,02	
Großes Haus (>1000 Betten)	0,01		0,00		0,01		0,01	
Innere	0,01		0,03	*	0,01		-0,06	**
Pädiatrie	-0,03	*	-0,01		-0,04		-0,07	**
Andere Fachabteilungen	-0,02	*	-0,01		-0,01		-0,06	**
Koordinierte Behandlungen	-0,01		-0,02	*	0,00		0,00	
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,01		0,00		0,02		0,01	
adj. R ²	0,09		0,13		0,08		0,05	

5.3.3 Arbeitspensum

Ein wichtiger Indikator dafür, ob mit dem vorhandenen Personal das Arbeitspensum bewältigt werden kann, ist die Häufigkeit und die Anzahl von Überstunden. Da es in einem vollkontinuierlichen „Betrieb“ kurzfristig immer zu Arbeitsengpässen kommen kann, betrachten wir eine Anzahl von bis zu 15 Überstunden pro Beschäftigten und Monat als normal. Nur bei mehr Überstunden liegt ein ernstes Defizit der Arbeitskapazität vor.

Obwohl in vielen Krankenhäusern im Jahr 2008 zum ersten Mal nach Jahren des Personalabbaus im Pflegebereich zusätzlich Pflegekräfte eingestellt wurden, stieg der Anteil der Pflegekräfte, die mehr als 15 Überstunden pro Monat geleistet hatten nach der erheblichen Zunahme um rund 8 Prozentpunkte zwischen 2003 und 2006 auch noch von 2006 auf 2008 um rund 1 ½ Prozentpunkte an.

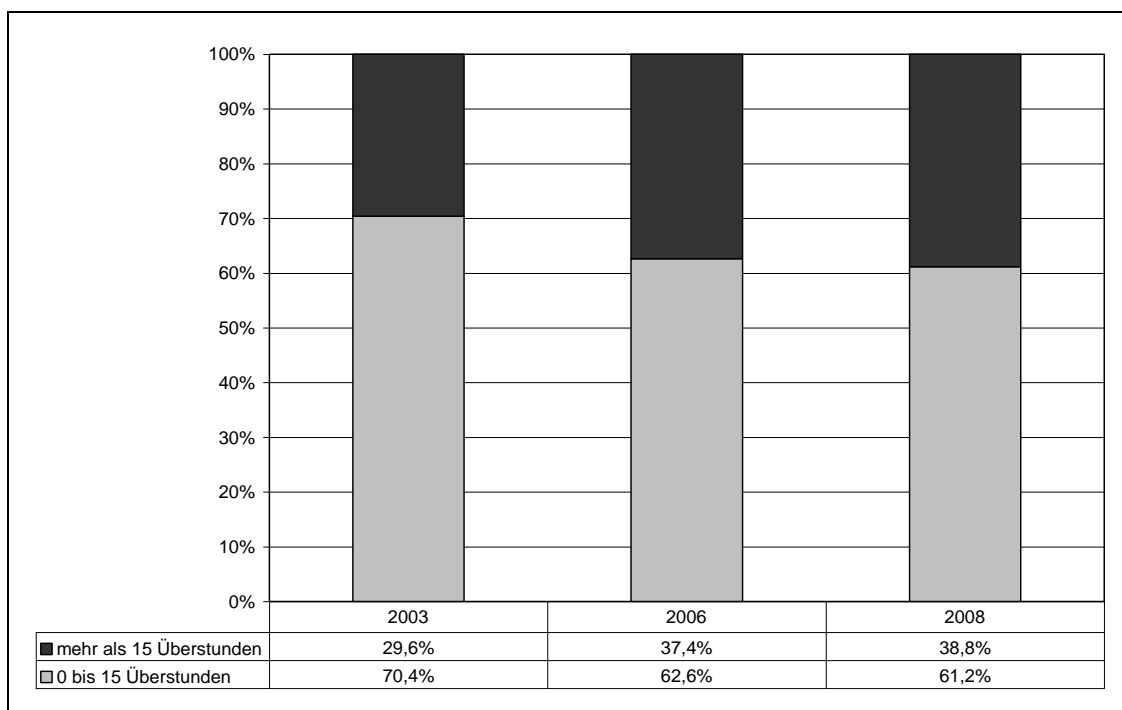


Abbildung 26: Überstunden von Pflegekräften

Auch in der multivariaten Analyse der möglichen Einflussfaktoren auf ein durch mehr als 15 Überstunden angezeigtes hohes Arbeitspensum zeigt sich in 2006 und 2008 gegenüber 2003 eine signifikant ansteigende Tendenz um + 8 und + 9 Prozentpunkten.

Die in der Pflege Beschäftigten, die es mit dem höchsten Anstieg eines hohen Arbeitspensum zu tun haben, sind mit insgesamt + 22 Prozentpunkten die leitenden Pflegekräfte. Ihre überdurchschnittliche Betroffenheit steigt kontinuierlich um 15, 22 und 36 Prozentpunkte gegenüber den jeweiligen Vor-Erhebungsjahren. Dass diese Situation nicht allein ein Problem der Führungskräfte sein muss, zeigt die Entwicklung bei den Basis-Pflegekräften: 2003 und 2006 begünstigt die Zugehörigkeit zu dieser Gruppe noch nicht ein hohes Arbeitspensum, sondern, wenngleich nicht signifikant, das Gegenteil. 2008 nehmen aber auch Angehörige der Basispflege ein um 9 Prozentpunkte signifikant erhöhtes Risiko eines hohen Arbeitspensums wahr.

Der Blick auf die Zusammenhänge von Arbeitszeitformen und vielen Überstunden unterstreicht das uneinheitliche und schwankende Bild: Teilzeitarbeit begünstigt insgesamt (+ 10 Prozentpunkte) das signifikante Auftreten von monatlich mehr als 15 Überstunden. Diese Tendenz ist aber lediglich 2003 und 2006 signifikant und 2008 bei immer noch um +7 Prozentpunkte erhöhter Chance aber

nicht mehr. Ähnlich sieht es bei Tagdienst-Pflegekräften aus: Insgesamt reduziert diese Arbeitszeitform das Auftreten von mehr als 15 Überstunden (- 6 Prozentpunkte), was aber 2003 und 2006 keine Signifikanz besitzt, d. h. ein Zufallsergebnis sein kann. Erst 2008 gibt es einen Anstieg auf signifikante – 16 Prozentpunkte.

Ob die unterschiedliche Betroffenheit durch Überstunden zwischen Teilzeit- und Tagdienst/Vollzeit-Beschäftigten sich auf Dauer hält, sollte weiter untersucht werden und dann, wenn sich der hier beobachtbare Trend bestätigt, arbeitszeitpolitisch diskutiert werden.

<i>Tabelle 10: Arbeitspensum Pflegekräfte hoch – mehr als 15 Überstunden</i>								
	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,22	***	0,22	***	0,33	***	0,25	***
Welle 2	0,08	***						
Welle 3	0,09	***						
Weiblich	0,00		0,04		-0,07		0,05	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	0,01		-0,02		-0,01		0,09	*
Leitende Pflege	0,22	***	0,15	***	0,22	***	0,36	***
Teilzeit	0,10	***	0,07	*	0,15	***	0,07	
Dauernachtschicht	-0,06		-0,05		-0,04		-0,08	
Tagdienst ohne Schicht	-0,06	*	-0,06		-0,02		-0,16	**
Privates Krankenhaus	0,01		0,01		0,03		-0,05	
Kleines Haus (< 200 Betten)	-0,02		0,01		-0,06		-0,03	
Großes Haus (>1000 Betten)	-0,04		0,01		-0,10	*	-0,08	
Innere	0,02		-0,01		0,06		-0,01	
Pädiatrie	-0,05		-0,04		-0,06		-0,05	
Andere Fachabteilungen	0,04		0,04		0,03		0,03	
Koordinierte Behandlungen	0,01		0,03		0,00		-0,01	
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,03		-0,03		0,05		0,16	**
adj. R ²	0,03		0,01		0,04		0,05	

5.4 Ressourcen, Arbeitsbelastungen, Arbeitszufriedenheit

Arbeitsbelastungen stehen und wirken nicht alleine oder linear, sondern in einer engen Wechselwirkung mit anderen objektiven und subjektiven Bedingungen, die sich auf die physischen und psychischen Folgen von Einwirkungen von Belastungen oder auf die summarische Arbeitszufriedenheit fördernd aber auch hemmend auswirken können.

Aus diesem Grunde stellen wir die Art und Intensität einer Auswahl der von den Pflegekräften wahrgenommenen Arbeitsbelastungen und Ressourcen sowie ausgewählte Outcome-Faktoren für den Untersuchungszeitraum im Zusammenhang dar.

5.4.1 Arbeitsbelastungen

Bei der Auswahl der Arbeitsbelastungen, zu deren Vorkommen wir von den Pflegekräften etwas wissen wollten, haben wir uns auf jene konzentriert, die vermutlich im Zusammenhang mit der Einführung von DRGs reduziert werden oder zunehmen. Belastungen, die wie das schwere Heben und Tragen eher weniger von DRG beeinflusst werden und bereits vor ihrer Einführung Hauptbelastun-

gen darstellten, fehlen daher aus den genannten Gründen oder auch um die Befragten nicht unnötig mit dem Ausfüllen des Fragebogens zu belasten, bewusst.²⁹

Die in Abbildung 27 und Abbildung 28 im Detail dargestellten Häufigkeiten der ausgewählten Arbeitsbelastungen vermitteln folgendes Bild:

- Die Belastung (gemessen durch die Antwortmöglichkeiten „immer“ und „überwiegend“) durch andauernd hohen Zeitdruck, Organisationsmängel im Krankenhaus, störende Unterbrechungen, unregelmäßige Arbeitszeiten, zu viele administrative Tätigkeiten und mangelhaften Arbeitsschutz nehmen auf dem jeweils unterschiedlich hohen Ausgangsniveau zwischen 2003 und 2008 durchweg zu. 2008 geben im Maximum fast 75 % der Befragten Belastungen durch andauernd hohen Zeitdruck und im Minimum fast 12 % Belastungen durch mangelhaften Arbeitsschutz³⁰ an.
- Einige Belastungen haben in der Wahrnehmung der Pflegekräfte aber auch abgenommen oder sind etwa gleich geblieben. Dazu zählen die Belastungen durch anstrengende Patienten/Angehörige und durch Einzelschicksale bzw. durch Sterben und Tod sowie die Angst um den Arbeitsplatz.
- Nur wenige Belastungen werden von mehr als einigen wenigen Pflegekräften „nie“ wahrgenommen. Darunter fallen die Organisationsmängel im Krankenhaus und die Belastung durch Einzelschicksale (von 10 bis 20 % so wahrgenommen) und noch etwas häufiger die unregelmäßigen Arbeitszeiten (20-30 %), der mangelhafte Arbeitsschutz (etwas mehr als 40 %) und die Angst um den Arbeitsplatz (30-40 %).

²⁹ Natürlich könnte man auch argumentieren, dass die DRG-bedingte Arbeitsverdichtung dazu führen kann, dass ein- und dieselbe Hebearbeit in kürzerer Zeit erbracht werden muss und daher belastender sein könnte. Dies müsste dann aber in Studien mit engerer arbeitswissenschaftlicher Orientierung genauer untersucht werden.

³⁰ Der problematische Zustand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Krankenhäusern wurde aktuell auch durch eine spezielle, von der Hans Böckler Stiftung geförderte Studie unterstrichen (Knesebeck et al. 2009).

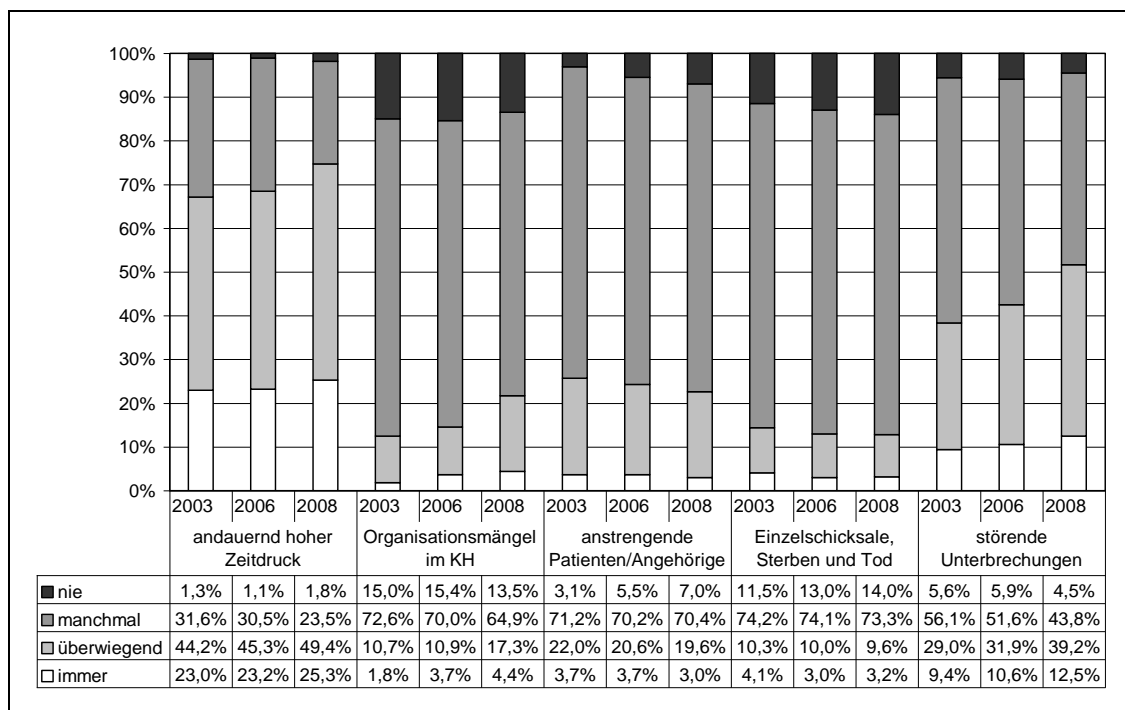


Abbildung 27: Belastungen aus Sicht der Pflegekräfte (1)

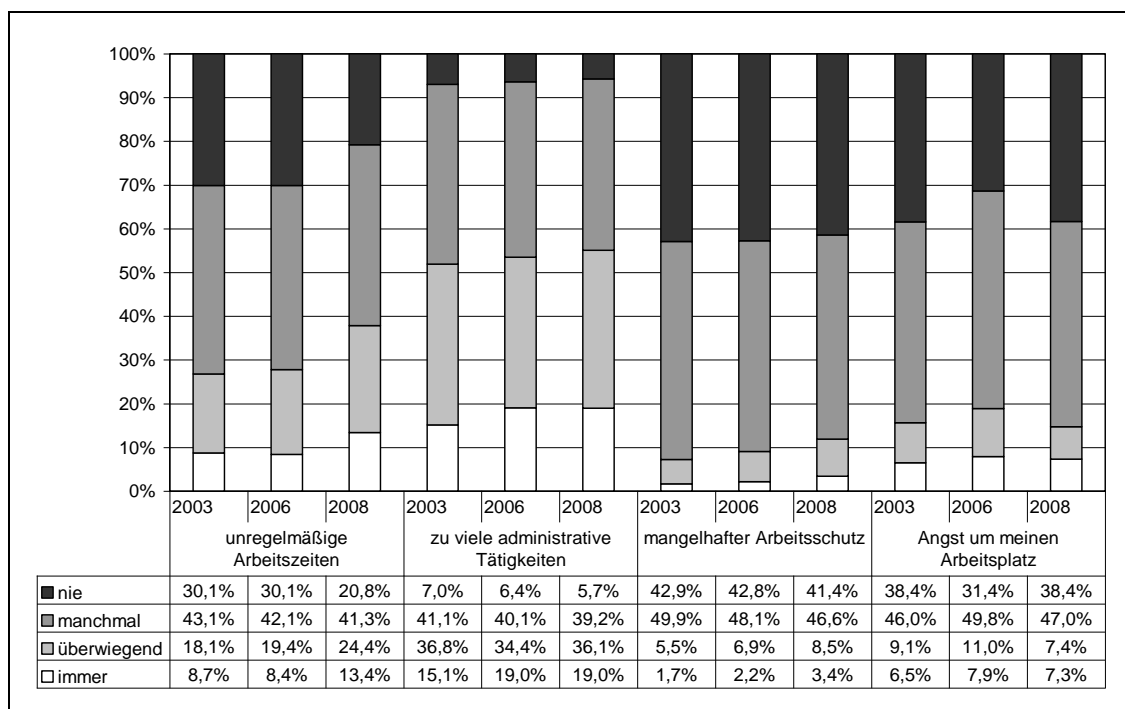


Abbildung 28: Belastungen aus Sicht der Pflegekräfte (2)

Wovon ein hohes Niveau von Mehrfachbelastungen abhängt bzw. wodurch dies begünstigt wird, zeigt die Regressionsanalyse, deren Ergebnisse in der Tabelle 11 zusammengestellt sind.

Auch in einer multivariaten Analyse bestätigt sich die Zunahme der hohen Belastung unter den Bedingungen der DRG-Einführung von +3 und +7 Prozentpunkte von 2003 auf 2006 und von 2003 auf 2008.

Begünstigt werden Mehrfachbelastungen insgesamt vor allem durch einen hohen Anteil administrativer Tätigkeit (+ 20 Prozentpunkte), durch langjährige Tätigkeit in der Basispflege (+ 3 Prozentpunkte), durch leitende Pflegetätigkeit (+3 Prozentpunkte), durch die schlechte wirtschaftliche Lage des Krankenhauses (+ 5 Prozentpunkte), durch einen starken Einfluss der Verwaltung (+ 3 Prozentpunkte) und durch ein zu hohes Arbeitspensum der Pflegekräfte (+ 5 Prozentpunkte).

Entlastend wirken auf Mehrfachbelastungen vor allem die Arbeit in Dauernachtschicht (-12 Prozentpunkte) und im Tagdienst ohne Schicht (- 16 Prozentpunkte) (in beiden Fällen ist die Referenzgruppe die Wechselschichttätigkeit mit und ohne Nachtschicht), ein guter interner Informationsfluss (- 8 Prozentpunkte), die gute Kooperation von Ärzten und Pflegekräften (- 7 Prozentpunkte) und ein bisschen die Arbeit in einem kleinen Krankenhaus (- 3 Prozentpunkte) und in einem Krankenhaus mit koordinierten Behandlungsabläufen (- 2 Prozentpunkte).

Tabelle 11: Anzahl der Belastungen, Range: 0 – 1 aus Sicht der Pflegekräfte

	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,43	***	0,44	***	0,42	***	0,52	***
Welle 2	0,03	**						
Welle 3	0,07	***						
Weiblich	-0,02		-0,01		-0,01		-0,04	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	0,03	**	0,02		0,04	*	0,07	**
Leitende Pflege	0,03	*	0,01		0,07	**	0,06	
Teilzeit	-0,01		-0,01		0,02		-0,04	
Dauernachtschicht	-0,12	***	-0,13	***	-0,14	***	-0,10	
Tagdienst ohne Schicht	-0,16	***	-0,13	***	-0,17	***	-0,19	***
Privates Krankenhaus	0,01		-0,01		0,00		0,06	*
Kleines Haus (< 200 Betten)	-0,03	*	-0,01		-0,03		-0,06	*
Großes Haus (>1000 Betten)	0,01		0,00		0,03		0,01	
Innere	0,02		0,02		0,04		-0,04	
Pädiatrie	-0,03		-0,03		0,02		-0,09	*
Andere Fachabteilungen	-0,01		-0,02		0,02		-0,05	*
Koordinierte Behandlungen	-0,02	*	-0,01		-0,01		-0,04	*
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,05	***	0,05	***	0,07	***	0,04	
Einfluss Verwaltung	0,03	**	0,03		0,02		0,06	**
Informationsfluss intern	-0,08	***	-0,06	**	-0,09	***	-0,11	***
Kooperation Ärzte - Pflege	-0,07	***	-0,07	***	-0,07	***	-0,08	***
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	0,05	***	0,06	***	0,04	**	0,05	*
Anteil patientennaher Tätigkeit	-0,02		-0,06	*	-0,01		0,07	
Anteil administrativer Tätigkeit	0,20	***	0,18	***	0,18	***	0,24	***
adj. R ²	0,15		0,13		0,14			

5.4.2 Ressourcen

Die Entwicklung der fünf immer wieder als Ressourcen nachgewiesenen Arbeitsumstände und mit der Tätigkeit verbundenen Möglichkeiten lässt sich nach zwei Gruppen unterscheiden:

- Erstens in Bedingungen, die sich innerhalb des Untersuchungszeitraums verschlechtern. Dazu zählt, dass die Tätigkeit überwiegend/immer als interessant und abwechslungsreich wahrgenommen wird, die Existenz von genügend Handlungsspielräumen, eine starke persönliche Bestätigung und die Existenz von sozialen Beziehungen. Dabei handelt es sich aber um Veränderungen von maximal knapp 10 Prozentpunkten.

- Zweitens verbessert sich aber auch eine Bedingung, nämlich die Vielzahl von Chancen, etwas dazuzulernen, aber dies nur sehr geringfügig.

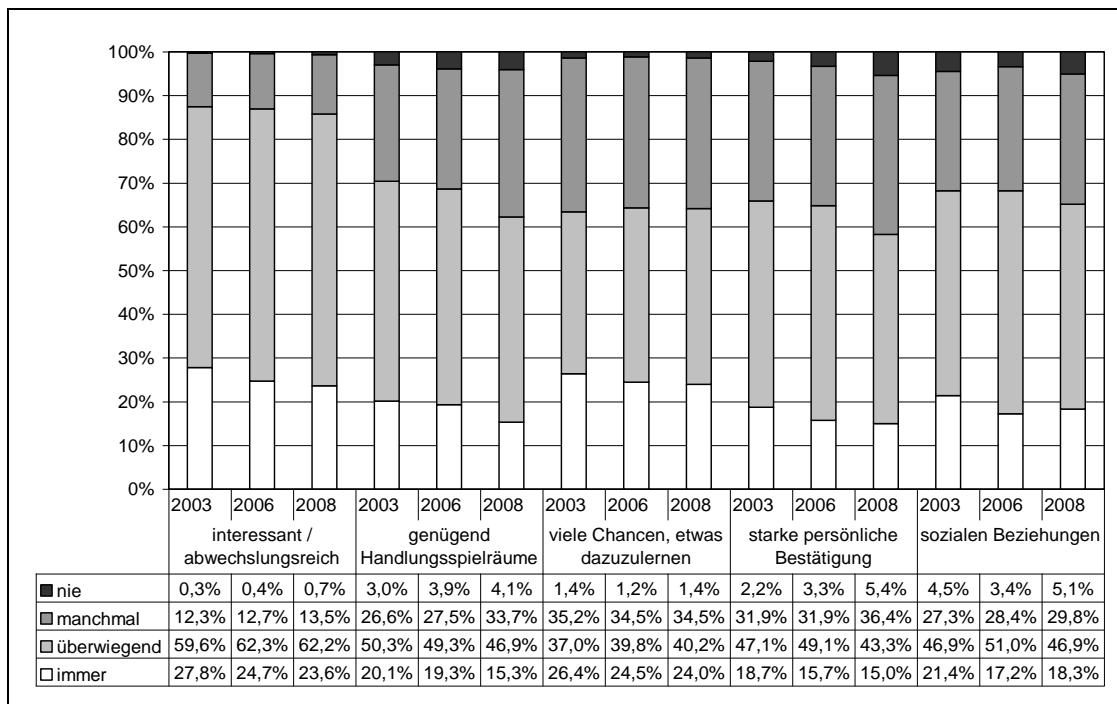


Abbildung 29: Ressourcen der Pflegekräfte aus Sicht der Pflegekräfte

Das Vorhandensein und damit auch die entlastende Wirkung von Mehrfachressourcen erweist sich in der multivariaten Regressionsanalyse als durch mehrere objektive und subjektive Faktoren und Bedingungen signifikant gefördert. Dabei handelt es sich um Tagdienst-Arbeit ohne Schicht (+ 7 Prozentpunkte), Arbeit unter koordinierten Behandlungsabläufen (+ 7 Prozentpunkte), Arbeit bei gutem Informationsfluss (+ 8 Prozentpunkte), Arbeiten mit einem hohen Anteil patientennaher Tätigkeit (+ 8 Prozentpunkte) und schließlich Arbeiten bei guter Kooperation von Ärzten und Pflegekräften (+ 11 Prozentpunkte). Insbesondere ein guter interner Informationsfluss und die gute Kooperation von Ärzten und Pflegekräften spielen deutlich wichtiger werdende Rollen bei der Ressourcensituation der Pflegekräfte. Krankenschwestern haben schließlich ein um 7 Prozentpunkte höheres Ressourcenniveau als Krankenpfleger.

Einige Bedingungen verringern aber auch insgesamt signifikant die Chance umfassender Ressourcen. Dazu zählen die Arbeit in Teilzeit (- 5 Prozentpunkte) und die schlechte wirtschaftliche Lage des Krankenhauses (- 5 Prozentpunkte).

Abschließend zeigt sich aber innerhalb des Beobachtungszeitraums eine wachsende Tendenz der Verringerung von Ressourcen, und zwar gegenüber 2003 um - 2 Prozentpunkte in 2006 und - 7 Prozentpunkte in 2008.

Tabelle 12: Anzahl der Ressourcen, Range: 0 – 1 aus Sicht der Pflegekräfte

	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,47	***	0,49	***	0,45	***	0,34	***
Welle 2	-0,02	*						
Welle 3	-0,07	***						
Weiblich	0,07	***	0,06	**	0,06	*	0,11	**
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	-0,02		-0,03		-0,03		0,01	

Leitende Pflege	0,03		0,06	*	-0,01		0,03	
Teilzeit	-0,05	***	-0,02		-0,08	***	-0,08	**
Dauernachtschicht	0,01		-0,02		0,05		0,00	
Tagdienst ohne Schicht	0,07	***	0,05		0,08	**	0,08	*
Privates Krankenhaus	-0,02		-0,02		-0,02		0,00	
Kleines Haus (< 200 Betten)	0,01		0,01		0,00		0,02	
Großes Haus (>1000 Betten)	0,01		0,02		0,00		-0,01	
Innere	0,00		0,01		0,01		-0,05	
Pädiatrie	0,03		0,02		0,02		0,04	
Andere Fachabteilungen	0,02		0,03		0,03		-0,02	
Koordinierte Behandlungen	0,07	***	0,08	***	0,05	**	0,07	**
Schlechte wirtschaftliche Lage	-0,05	***	-0,05	**	-0,04	*	-0,06	*
Einfluss Verwaltung	-0,01		0,01		-0,01		-0,03	
Informationsfluss intern	0,08	***	0,07	***	0,04		0,12	***
Kooperation Ärzte - Pflege	0,11	***	0,08	***	0,12	***	0,15	***
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	0,00		-0,01		0,00		0,01	
Anteil patientennaher Tätigkeit	0,08	***	0,06	*	0,13	**	0,05	
Anteil administrativer Tätigkeit	0,01		-0,03		0,06		-0,01	
adj. R ²	0,10	***	0,09		0,08		0,13	

5.4.3 Direkte Bewertung des DRG-Einflusses auf die Ressourcen und Belastungen durch die Pflegekräfte

Auf die Frage, welchen Einfluss die DRGs auf ausgewählte Ressourcen und Belastungen aus Sicht der Pflegekräfte haben, ergab sich ein differenziertes Bild: Ein wachsender Anteil von Pflegekräften sah einen negativen Einfluss der DRGs auf die allgemeinen Arbeitsbedingungen, wobei die stärkste Zunahme von 2003 auf 2005 erfolgte, und bei der Motivation und Zufriedenheit der Pflegekräfte. Bei den beruflichen Aufstiegschancen, der Sicherheit des Arbeitsplatzes und der Fluktuation des Personals nahm der Anteil von Pflegekräften, die einen negativen Einfluss der DRG sahen, mehr oder weniger stark ab. Um dies angemessen zu bewerten, muss beachtet werden, dass der Rückgang der pessimistischen Bewertungen meistens zu einer Zunahme der Antwortkategorie „weiß nicht“ und nicht etwa zu einer positiven Sicht des DRG-Einfluss führt. Dazu passen auch die konstant mehr oder weniger weit unter der 10-%-Marke liegenden Teilgruppen der Pflegekräfte, welche die DRG eher positiv bewerteten.

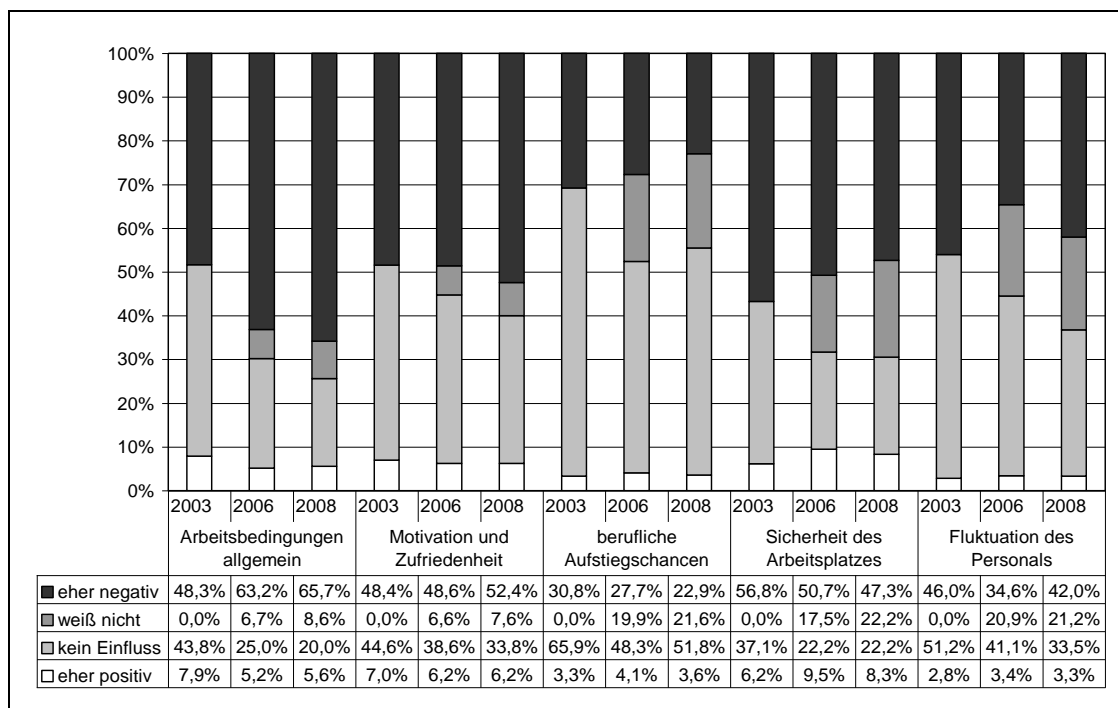


Abbildung 30: Bewertung des DRG-Einflusses auf die Ressourcen und Belastungen durch die Pflegekräfte

5.4.4 Zufriedenheit – Wechselwunsch

Sofern die Beschäftigten wegen vielfacher Belastungen und/oder mangelnder Entlastung durch Ressourcen mit ihrem Beruf nicht mehr zu Recht kommen oder keine Perspektiven mehr erkennen können, gehört der Wunsch nach einem Berufswechsel zu einem möglichen Ausweg.

Wie die Abbildung 31 zeigt, äußert diesen Wunsch in unseren Befragungen eine von 46,8 % über 60,8 % auf 61,2 % steigende Anzahl von Pflegekräften.

Nach den möglichen Gründen für diese Überlegung gefragt, spielt die Einschätzung, es sei keine gute Pflege mehr möglich mit dem Spitzenwert von 82,9 % im Jahre 2008 die größte Rolle. Dem folgt das Gefühl, ständig überlastet und ausgebrannt zu sein, was 2008 61,7 % äußern, der allgemeine Wunsch innerhalb (Maximum 2008: 35,5 %) und außerhalb (Maximum 2008: 32,6 %) der Pflege zu wechseln und schließlich gesundheitliche Gründe, die 2008 immerhin von fast 30 % genannt werden.

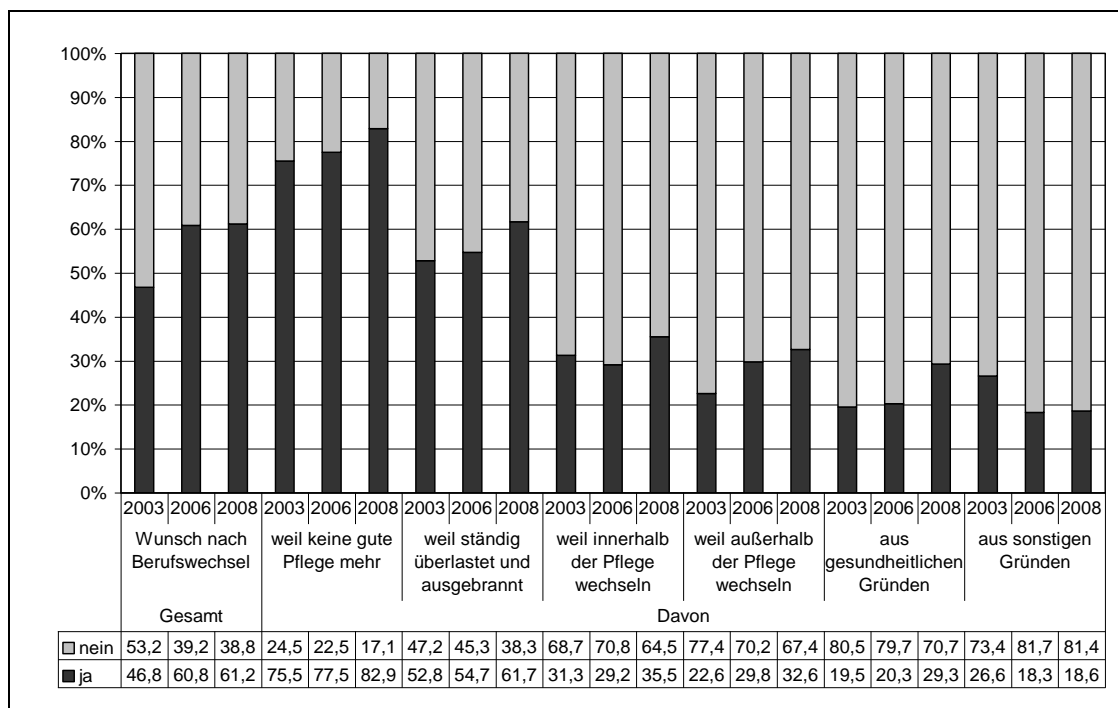


Abbildung 31: Wunsch nach Wechsel des Berufes aus Sicht der Pflegekräfte

Ob die Pflegekräfte schon mal an Berufswechsel gedacht haben, wird multivariat analysiert von wenigen starken Faktoren begünstigt oder verhindert. Pflegekräfte, die Mehrfachbelastungen ausgesetzt sind, haben eine um 43 Prozentpunkte und hochsignifikant erhöhte Chance, daran gedacht zu haben, ihre KollegInnen mit Mehrfachressourcen ein um 35 Prozentpunkte geringeres Risiko.

Ebenfalls insgesamt weniger an Berufswechsel denken Krankenschwestern (- 9 Prozentpunkte mit wachsender Tendenz), Pflegekräfte in Krankenhäusern mit koordinierten Behandlungsabläufen (- 4 Prozentpunkte), Pflegekräfte in kleinen Kliniken (- 5 Prozentpunkte) und mit einem hohen Einfluss der Verwaltung (- 4 Prozentpunkte).

Pflegekräfte, die im Tagdienst ohne Schicht arbeiten befassen sich mehr mit dem Berufswechselwunsch als ihre KollegInnen in Wechselschicht (+ 7 Prozentpunkte), ein Niveau das 2008 sogar noch deutlich höher, bei + 16 Prozentpunkte liegt.

Tabelle 13: Schon an Berufswechsel gedacht? Sicht der Pflegekräfte								
	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,68	***	0,68	***	0,88	***	0,58	***
Welle 2	0,12	***						
Welle 3	0,10	***						
Weiblich	-0,09	***	-0,07		-0,07		-0,14	**
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	-0,05	*	-0,06	*	-0,05		-0,02	
Leitende Pflege	-0,05		-0,05		-0,03		-0,09	
Teilzeit	0,05	**	0,06	*	0,05		0,03	
Dauernachtschicht	-0,01		-0,04		0,06		0,01	
Tagdienst ohne Schicht	0,07	*	0,06		0,07		0,16	*
Privates Krankenhaus	0,02		0,04		0,00		0,03	
Kleines Haus (< 200 Betten)	-0,05	*	-0,06		-0,03		-0,04	
Großes Haus (>1000 Betten)	0,02		0,02		0,06		0,01	
Innere	-0,01		-0,01		-0,03		0,03	
Pädiatrie	0,00		-0,01		-0,01		0,02	
Andere Fachabteilungen	0,03		0,01		0,05		0,05	

Koordinierte Behandlungen	-0,04	*	-0,07	*	-0,02		-0,03	
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,02		0,01		0,03		-0,01	
Einfluss Verwaltung	-0,04	*	-0,03		-0,05		-0,06	
Informationsfluss intern	-0,03		-0,05		-0,04		0,02	
Kooperation Ärzte - Pflege	-0,02		-0,04		-0,05		0,01	
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	0,03		-0,03		0,04		0,13	**
Anteil patientennaher Tätigkeit	-0,01		-0,07		-0,02		0,18	
Anteil administrativer Tätigkeit	0,10		0,13		0,00		0,18	
Belastungen (Werte 0 - 1)	0,43	***	0,46	***	0,39	***	0,44	***
Ressourcen (Werte 0 - 1)	-0,35	***	-0,28	***	-0,41	***	-0,38	***
adj. R ²	0,16		0,13		0,15		0,14	

5.5 Berufliches Selbstverständnis von Pflegekräften

Im Folgenden geht es um die Frage, wie Pflegekräfte vor dem Hintergrund ihres beruflichen Selbstverständnisses Situationen bewerten, in denen sie z. B. vor der Entscheidung stehen, entweder dem Patienten wirksame Leistungen vorzuenthalten oder einen finanziellen Nachteil für ihr Haus in Kauf zu nehmen. Für Pflegekräfte dürfte in diesen Entscheidungssituationen auch die unmittelbare Sorge um ihren eigenen Arbeitsplatz eine Rolle spielen.

Im Gegensatz zum ärztlichen beruflichen Selbstverständnis erscheint das Berufsbild von Pflegekräften in deutschen Krankenhäusern weitaus weniger einheitlich und weniger stark kodifiziert (DEGEMED 2008), was u. a. daran liegt, dass Pflegekräfte nach einem klassisch soziologischen Verständnis keine Profession darstellen, da sie z. B. nicht über die hierfür notwendige Autonomie verfügen, sondern im Rahmen ärztlicher Anordnungen häufig weisungsgebunden handeln. Auch entspricht ihr Einkommensniveau nicht dem, wie es bei Tätigkeiten mit einem hohen Grad von Eigenverantwortung des Aufgabenbereiches üblich ist, so dass hier tendenziell ein Missverhältnis zwischen dem im Ausbildungskontext von Pflegekräften vermittelten Verantwortungsanspruch in der Versorgung von Patienten und der tariflichen Vergütung besteht.³¹ Eine in diesem Sinne unfertige Profession in Verbindung mit ausbildungsseitig überdehntem Verantwortungsanspruch lässt für empirische Untersuchungen des beruflichen Selbstverständnisses eine konflikthafte Anpassung von pflegerischen Normen mit der pflegerischen Berufspraxis erwarten, in der traditionell – also unabhängig von Auswirkungen der DRGs – das Gesollte (Norm) nicht wirklich in Deckung zu bringen ist mit der Handlungsrealität (Ist-Situation). Ohne an dieser Stelle näher auf den entsprechenden berufspolitischen Diskurs eingehen zu wollen, ist es jedoch wichtig darauf hinzuweisen, dass die anhaltenden Bestrebungen einer Professionalisierung der Pflege (z. B. über die Schaffung akademischer Abschlüsse) eine Entfremdung von Professionsvertretern und ihrer Basis, der bettseitigen Pflege, eher verstärkt hat. Besteht ein solches Dilemma (kognitive Dissonanz) – wie in diesem Fall bei den Pflegekräften – über einen langen Zeitraum, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Anpassung der Wirklichkeitswahrnehmung an die Norm und einer Anpassung der Norm an die Praxis, um die kognitive Dissonanz und den von ihr ausgehenden Leidensdruck zu verringern. Diese Tendenz gilt natürlich auch für Krankenhausärzte, erscheint jedoch bei Pflegekräften aufgrund eines traditionell höheren Konfliktniveaus ausgeprägter und sollte bei der Interpretation der Antworten auf Fragen, die das pflegerische Selbstverständnis tangieren, berücksichtigt werden. Erwartbar ist eine hohe Zustimmung zu traditionellen Normen, wie sie in diesem Kapitel thematisiert werden und eine hohe Normstabilität, auch unter DRG-Bedingungen, da vermutet werden kann, dass sich der berufspolitische Diskurs kognitiv gegenüber Ist-Dissonanzen zumindest teilweise immunisiert hat.

³¹ Genau diese Punkte werden seit längerem in Selbstreflexionen zum Berufsbild der Pflege thematisiert (vgl. z. B. Horschik 1996).

Ergo ist zu erwarten, dass die Wahrnehmung von Ist-Veränderungen durch DRG-Einflüsse schwächer ausfällt als z. B. bei den Ärzten – außer die Dissonanzerfahrungen sind weitaus dramatischer als für andere Professionen, was aufgrund des Stellenabbaus in den letzten Jahren nicht unwahrscheinlich erscheint.

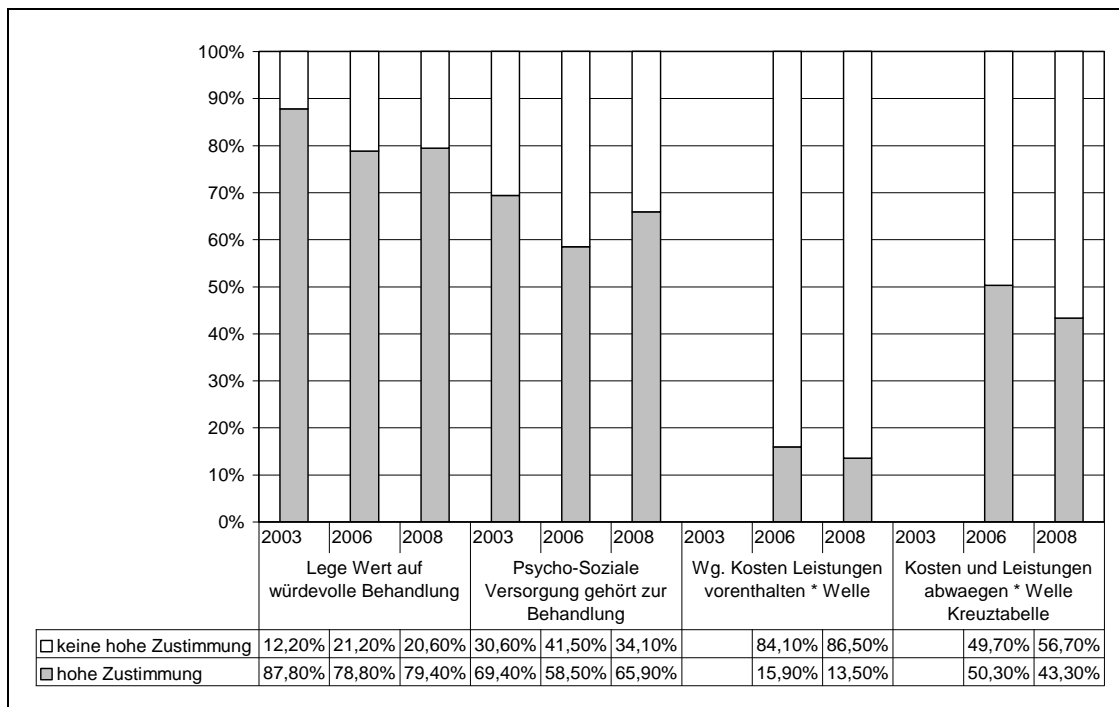


Abbildung 32: Ausgewählte Soll-Einstellungen der Pflegekräfte

In den drei Pflegekräftebefragungen wurden verschiedene Einstellungen abgefragt, die Kernelemente eines traditionellen pflegerischen Selbstverständnisses darstellen:

- mögliche Einflüsse eines pauschalierten Entgeltsystems auf den Anspruch der Ganzheitlichkeit der Behandlung von Patienten und
- mögliche Einflüsse der DRGs auf eine Relativierung umfassender Versorgungsansprüche der Patienten durch betriebswirtschaftliche Erwägungen.

Während 2008 der sehr allgemein gehaltenen Frage „Lege Wert auf eine würdevolle Behandlung der Patienten“ von 79 Prozent (+/-0/-9) der Pflegekräfte zugestimmt wird, ist dies bei der stärker konkretisierten Frage, ob man eine „soziale und emotionale Zuwendung“ (psychosoziale Versorgung) grundsätzlich als zur Versorgung der Patienten zugehörig empfinde, mit 66 Prozent (+7/-3) um 13 Prozentpunkte geringer. Ähnlich ist bei beiden Fragen der Zustimmungsrückgang gegenüber 2003 um -9 bzw. -3 Prozentpunkten. Da beide Fragen Kernbereiche des traditionellen pflegerischen Selbstverständnisses berühren, kann unterstellt werden, dass unter DRG-Bedingungen diese Normen unter starken Druck geraten sind.

Tabelle 14: Soll: Lege Wert auf würdevolle Behandlung von Patienten aus Sicht der Pflegekräfte (hohe Zustimmung)

	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,71	***	0,76	***	0,68	***	0,50	***
Welle 2	-0,09	***						
Welle 3	-0,08	***						
Weiblich	0,08	***	0,04		0,09	*	0,15	**
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	-0,01		-0,01		-0,05		0,06	
Leitende Pflege	0,02		0,00		0,01		0,14	*
Teilzeit	0,00		0,00		0,02		-0,05	
Dauernachtschicht	-0,05		-0,01		-0,12		-0,14	
Tagdienst ohne Schicht	0,00		-0,01		-0,01		0,01	
Privates Krankenhaus	-0,03		-0,04		0,00		-0,06	
Kleines Haus (< 200 Betten)	0,00		0,00		-0,01		0,03	
Großes Haus (>1000 Betten)	0,00		0,01		-0,03		0,01	
Innere	0,02		0,00		0,04		0,00	
Pädiatrie	0,03		0,03		0,07		-0,02	
Andere Fachabteilungen	-0,01		-0,01		0,02		-0,03	
Koordinierte Behandlungen	0,05	**	0,04	*	0,06	*	0,03	
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,00		-0,01		0,00		0,00	
Einfluss Verwaltung	0,03		0,00		0,06	*	0,05	
Informationsfluss intern	0,02		0,04		-0,05		0,09	*
Kooperation Ärzte - Pflege	-0,01		0,02		-0,06		0,02	
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	-0,01		-0,01		-0,01		-0,02	
Anteil patientennaher Tätigkeit	-0,04		-0,02		-0,07		-0,07	
Anteil administrativer Tätigkeit	0,01		-0,04		0,03		0,09	
Belastungen (Werte 0 - 1)	-0,05		-0,01		-0,09		-0,09	
Ressourcen (Werte 0 - 1)	0,15	***	0,09	**	0,19	***	0,17	**
adj. R ²	0,04		0,01		0,03		0,06	

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 % - vgl. zur Methodik und der Merkmalsbildung das Kapitel Operationalisierung im Anhang

Legende: Die Konstante setzt sich zusammen aus Welle 1 (Befragungszeitpunkt), männlich (Geschlecht), Basispflegekraft mit bis zu 10 Jahren Berufserfahrung (Position), Vollzeit (Arbeitszeit), Wechselschicht mit und ohne Nachtdienst (Schichtdienst), öffentliches oder freigemeinnütziges KH (Träger), 201-1000 Betten (Krankenhausgröße), chirurgische Fachgebiete (Fachgebiet), keine koordinierte Behandlung (koordinierte Behandlung), keine schlechte wirtschaftliche Lage (Situation des H.), kein Einfluss der Verwaltung (Einfluss), schlechter Informationsfluss (Informationsfluss), schlechte Kooperation Ärzte – Pflege (Kooperation), kein zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), niedriger Anteil patientennaher Tätigkeiten (Anteil patientennaher Tätigkeiten), niedriger Anteil administrativer Tätigkeiten (Anteil administrativer Tätigkeiten), wenig Belastungen (Belastungen), wenig Ressourcen (Ressourcen).

Die Regressionsanalyse (Tabelle 14) zeigt, dass eine hohe Normzustimmung von der Existenz positiver Arbeitsbedingungen (Ressourcen +15 Prozentpunkte) und koordinierter Behandlungen (+5 Prozentpunkte) begünstigt wird, während männliche Kollegen tendenziell eine niedrigere Zustimmung (-8 Prozentpunkte) aufweisen als die traditionelle „Krankenschwester“.³² Im Wellenvergleich kann man erkennen, dass der Einfluss positiver Arbeitsbedingungen (Ressourcen) auf die insgesamt abnehmende Normzustimmung (-9 bzw. -8 Prozentpunkte gegenüber der ersten Befragung) weiter

³² Zu beachten ist, dass die meisten männlichen Pflegekräfte in Bereichen der technischen Pflege (Intensivmedizin, OP-Helfer) arbeiten, sodass sie ähnlichen Distanzierungen zum Patienten ausgesetzt sind wie Ärzte.

zugenommen hat (von +9 auf +19 bzw. +17 Prozentpunkte). Auch der Einfluss koordinierter Behandlungen hat tendenziell zugenommen (von +4 auf +6 Prozentpunkte). Diese Ergebnisse können so interpretiert werden, dass unter dem ökonomischen Druck des DRG-Systems eine stärkere Polarisierung der Arbeitsbedingungen (gut/schlecht) stattgefunden hat, möglicherweise in Verbindung mit mehr oder weniger gelungenen Modernisierungen der Arbeitsprozesse (koordinierte Behandlungen) in den einzelnen Häusern oder Abteilungen. Dort, wo die Pflegekräfte noch gute Arbeitsbedingungen vorfinden, sind sie weitaus häufiger bereit, die traditionelle Norm der würdevollen Behandlung als Anspruch an das eigene Handeln anzuerkennen, als dort – pointiert formuliert - wo ihr eigenes Handeln von Seiten des Hauses nicht gewürdigt wird.

Tabelle 15: Soll: Psychosoziale Versorgung gehört zur Behandlung aus Sicht der Pflegekräfte (hohe Zustimmung)

	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,46	***	0,47	***	0,33	***	0,48	***
Welle 2	-0,11	***						
Welle 3	-0,03							
Weiblich	0,09	***	0,10	**	0,08		0,06	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	0,06	**	0,01		0,14	***	0,03	
Leitende Pflege	0,07	*	0,03		0,15	**	0,04	
Teilzeit	0,01		0,04		0,01		-0,01	
Dauernachtschicht	0,03		0,03		0,06		-0,06	
Tagdienst ohne Schicht	0,04		0,04		0,04		0,03	
Privates Krankenhaus	0,00		0,01		0,00		0,00	
Kleines Haus (< 200 Betten)	0,02		0,01		0,02		0,04	
Großes Haus (>1000 Betten)	-0,01		-0,02		-0,02		0,00	
Innere	0,02		0,05		-0,01		0,02	
Pädiatrie	0,05		0,07		-0,01		0,07	
Andere Fachabteilungen	-0,01		0,02		-0,03		0,00	
Koordinierte Behandlungen	0,02		0,05	*	0,02		-0,06	
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,01		0,04		-0,03		-0,03	
Einfluss Verwaltung	0,02		0,03		-0,01		0,06	
Informationsfluss intern	-0,02		-0,06		0,02		0,00	
Kooperation Ärzte - Pflege	-0,03		-0,02		-0,06		-0,04	
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	0,02		-0,01		0,02		0,10	*
Anteil patientennaher Tätigkeit	0,01		0,05		-0,06		0,00	
Anteil administrativer Tätigkeit	0,04		0,04		0,06		0,02	
Belastungen (Werte 0 - 1)	0,07		0,03		0,08		0,12	
Ressourcen (Werte 0 - 1)	0,10	**	0,08		0,14	**	0,08	
adj. R ²	0,02		0,01		0,02		0,00	

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 % - vgl. zur Methodik und der Merkmalsbildung das Kapitel Operationalisierung im Anhang

Legende: Die Konstante setzt sich zusammen aus Welle 1 (Befragungszeitpunkt), männlich (Geschlecht), Basispflegekraft mit bis zu 10 Jahren Berufserfahrung (Position), Vollzeit (Arbeitszeit), Wechselschicht mit und ohne Nachtdienst (Schichtdienst), öffentliches oder freigemeinnütziges KH (Träger), 201-1000 Betten (Krankenhausgröße), chirurgische Fachgebiete (Fachgebiet), keine koordinierte Behandlung (koordinierte Behandlung), keine schlechte wirtschaftliche Lage (Situation des H.), kein Einfluss der Verwaltung (Einfluss), schlechter Informationsfluss (Informationsfluss), schlechte Kooperation Ärzte – Pflege (Kooperation), kein zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), niedriger Anteil patientennaher Tätigkeiten (Anteil patientennaher Tätigkeiten), niedriger Anteil administrativer Tätigkeiten (Anteil administrativer Tätigkeiten), wenig Belastungen (Belastungen), wenig Ressourcen (Ressourcen).

Die Regression in Tabelle 15 macht deutlich, dass „würdevolle Behandlung“ (Tabelle 14) und psychosoziale Behandlung von den Befragten vor dem Hintergrund des gleichen Normkontexts beantwortet werden, da auch hier – wenngleich auf einem niedrigeren Zustimmungsniveau – die Existenz positiver Arbeitsbedingungen (+10 Prozentpunkte) und der Faktor „Krankenschwester“ (+9 Prozentpunkte) die Normzustimmung begünstigen. Auffällig ist, dass mehr noch als bei der „würdevollen Behandlung“ ein möglicherweise generativer Erosionsprozess dieser zum traditionellen Berufsbild gehörigen Norm zu verzeichnen ist, da Pflegekräfte mit längerer Berufserfahrung (>10 Jahre +6 und Pflegeleitung +7 Prozentpunkte) häufiger zustimmen. Alarmierend – sofern man eine psychosoziale Versorgung der Patienten für notwendig erachtet – ist im Wellenvergleich der drastische Rückgang der Normzustimmung in 2006 um -11 Prozentpunkte. Insbesondere unter jüngeren Pflegekräften (Basispflegekräfte bis zu 10 Jahre Berufserfahrung) ist hier eine massive Normerosion zu verzeichnen, da ältere und leitende Pflegekräfte eine um +14 bzw. 15 Prozentpunkte höhere Normzustimmung aufweisen. Nur dort, wo weiterhin viele Ressourcen vorhanden sind, ist unabhängig von Berufserfahrung bzw. Stellung noch eine Normzustimmung auf dem Niveau von 2003 zu verzeichnen (+14 Prozentpunkte). 2008 hat sich die Normzustimmung wieder erholt, wenngleich die Tendenz weiter auf Erosionsprozesse hindeutet. Interessanterweise wird anscheinend besonders dort, wo das Arbeitspensum nicht zu schaffen ist, derzeit diese Norm wieder verstärkt eingefordert (+10 Prozentpunkte). Sofern man einen Bezug zur realen Handlung unterstellt, kann erwartet werden, dass Patienten unter DRG-Bedingungen weitaus häufiger keine psychosoziale Betreuung erfahren als vor Einführung des neuen Entgeltsystems.

Tabelle 16: Soll: Wegen Kosten Leistungen vorenthalten aus Sicht der Pflegekräfte								
	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,10				0,06		0,13	
Welle 2	-0,02							
Welle 3	-0,04							
Weiblich	0,00				-0,01		-0,06	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	0,02				-0,01		0,00	
Leitende Pflege	0,01				0,01		0,03	
Teilzeit	0,06				0,01		-0,01	
Dauernachtschicht	0,02				0,02		0,14	
Tagdienst ohne Schicht	0,02				0,01		0,07	
Privates Krankenhaus	0,00				0,01		0,02	
Kleines Haus (< 200 Betten)	-0,01				-0,03		0,07	
Großes Haus (>1000 Betten)	-0,01				-0,01		0,00	
Innere	-0,07				-0,02		0,00	
Pädiatrie	0,02				-0,05		-0,10	
Andere Fachabteilungen	0,00				-0,01		0,04	
Koordinierte Behandlungen	0,05	*			0,03		-0,06	*
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,03				0,07	*	-0,02	
Einfluss Verwaltung	-0,02				0,05		0,00	
Informationsfluss intern	0,01				-0,03		0,02	
Kooperation Ärzte - Pflege	0,01				-0,01		0,02	
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	0,07				0,02		0,01	
Anteil patientennaher Tätigkeit	0,03				0,13	*	0,01	
Anteil administrativer Tätigkeit	0,05				0,04		0,02	
Belastungen (Werte 0 - 1)	0,01				0,07		0,02	
Ressourcen (Werte 0 - 1)	0,10				0,02		0,00	
adj. R ²	0,00				0,01		0,01	

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 % - vgl. zur Methodik und der Merkmalsbildung das Kapitel Operationalisierung im Anhang

Legende: Die Konstante setzt sich zusammen aus Welle 1 (Befragungszeitpunkt), männlich (Geschlecht), Basispflegekraft mit bis zu 10 Jahren Berufserfahrung (Position), Vollzeit (Arbeitszeit), Wechselschicht mit und ohne Nachtdienst (Schichtdienst), öffentliches oder freigemeinnütziges KH (Träger), 201-1000 Betten (Krankenhausgröße), chirurgische Fachgebiete (Fachgebiet), keine koordinierte Behandlung (koordinierte Behandlung), keine schlechte wirtschaftliche Lage (Situation des H.), kein Einfluss der Verwaltung (Einfluss), schlechter Informationsfluss (Informationsfluss), schlechte Kooperation Ärzte – Pflege (Kooperation), kein zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), niedriger Anteil patientennaher Tätigkeiten (Anteil patientennaher Tätigkeiten), niedriger Anteil administrativer Tätigkeiten (Anteil administrativer Tätigkeiten), wenig Belastungen (Belastungen), wenig Ressourcen (Ressourcen).

2006 und 2008 wurden die Pflegekräfte gefragt, ob man aus Kostengründen medizinisch notwendige Leistungen vorenthalten solle. 16 bzw. 14 Prozent der Pflegekräfte stimmen einer Rationierung aus Kostengründen zu. Betrachtet man das Regressionsmodell, werden zwei Faktoren sichtbar, die 2006 – und damit unter DRG-Bedingungen – einen Primat der Wirtschaftlichkeit vor der medizinischen Notwendigkeit (Versorgungsgebot) begünstigen: Je höher der Anteil bettseitiger Pflege an der Arbeitszeit (+13 Prozentpunkte) und je schlechter die wirtschaftliche Lage des Hauses, desto häufiger wird von Pflegekräften die traditionelle Norm eines Primats des medizinisch Notwendigen abgelehnt. Während die schlechte wirtschaftliche Lage des Hauses sich als Angst um den eigenen Arbeitsplatz interpretieren lässt, die zur Relativierung von Versorgungsansprüchen der Patienten führt, ist der Zusammenhang mit einem hohen Anteil patientennaher Tätigkeiten scheinbar widersinnig, da diese ja vom beruflichen Selbstverständnis her auch im Zentrum der Tätigkeit stehen soll. Interpretiert man jedoch patientennahe Tätigkeit als – unter DRG-Bedingungen zunehmend – den Ort, an dem Patienten gegenüber eine Begrenzung ihrer Versorgungsansprüche (z. B. weniger mobilisierende Pflege, weniger psychosoziale Versorgung, verstärkte Durchsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär etc.) durchgesetzt wird, wird plausibel, weshalb diese Pflegekräfte Rationierung in ihr berufliches Selbstverständnis zu integrieren trachten, nämlich um die erlebte moralische Dissonanz zu verringern, die ein Festhalten an der traditionellen Norm mit sich bringt. 2008 werden diese Sondereffekte im Modell nicht mehr sichtbar, stattdessen wird deutlich, dass erneut (s. o.) die Existenz koordinierter Behandlungen die Neigung Rationierung zu rechtfertigen verringert (-6 Prozentpunkte). Über beide Wellen hinweg betrachtet liegt dieser Effekt bei -5 Prozentpunkten. Weitere Welleneffekte sind nicht zu verzeichnen.

Tabelle 17: Soll: Kosten und Leistungen abwägen aus Sicht der Pflegekräfte

	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,50	***			0,50	***	0,44	***
Welle 2								
Welle 3	-0,07	**						
Weiblich	0,02				0,07		-0,05	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	-0,02				-0,07		0,04	
Leitende Pflege	0,12	**			0,04		0,22	**
Teilzeit	-0,04				-0,07		-0,02	
Dauernachtschicht	-0,09				-0,12		-0,01	
Tagdienst ohne Schicht	-0,03				0,05		-0,14	*
Privates Krankenhaus	-0,04				-0,06		0,00	
Kleines Haus (< 200 Betten)	-0,04				0,01		-0,12	*
Großes Haus (>1000 Betten)	-0,07	*			-0,10	*	-0,05	
Innere	0,00				-0,02		0,02	
Pädiatrie	-0,07				-0,03		-0,13	

Andere Fachabteilungen	-0,02				-0,03		-0,01	
Koordinierte Behandlungen	0,04				0,05		0,02	
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,04				0,04		0,05	
Einfluss Verwaltung	0,02				0,05		0,02	
Informationsfluss intern	-0,04				-0,01		-0,07	
Kooperation Ärzte - Pflege	0,03				0,00		0,04	
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	-0,01				-0,02		0,01	
Anteil patientennaher Tätigkeit	0,06				0,05		0,11	
Anteil administrativer Tätigkeit	0,08				0,01		0,17	
Belastungen (Werte 0 - 1)	0,04				0,12		-0,10	
Ressourcen (Werte 0 - 1)	-0,06				-0,08		-0,01	
adj. R ²	0,02				0,02			
<p>*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 % - vgl. zur Methodik und der Merkmalsbildung das Kapitel Operationalisierung im Anhang</p> <p><u>Legende:</u> Die Konstante setzt sich zusammen aus Welle 1 (Befragungszeitpunkt), männlich (Geschlecht), Basispflegekraft mit bis zu 10 Jahren Berufserfahrung (Position), Vollzeit (Arbeitszeit), Wechselschicht mit und ohne Nachtdienst (Schichtdienst), öffentliches oder freigemeinnütziges KH (Träger), 201-1000 Betten (Krankenhausgröße), chirurgische Fachgebiete (Fachgebiet), keine koordinierte Behandlung (Koordinierte Behandlung), keine schlechte wirtschaftliche Lage (Situation des H.), kein Einfluss der Verwaltung (Einfluss), schlechter Informationsfluss (Informationsfluss), schlechte Kooperation Ärzte – Pflege (Kooperation), kein zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), niedriger Anteil patientennaher Tätigkeiten (Anteil patientennaher Tätigkeiten), niedriger Anteil administrativer Tätigkeiten (Anteil administrativer Tätigkeiten), wenig Belastungen (Belastungen), wenig Ressourcen (Ressourcen).</p>								

Außerdem wurde den Pflegekräften 2006 und 2008 die Aussage vorgelegt, „das medizinisch / pflegerisch Notwendige und die Kosten müssen gegeneinander abgewogen werden“. Auch hier wird also nach der Bereitschaft zur Rationierung gefragt, aber in der Form einer Formulierung, die an aktuelle Diskurse einer Legitimation von Kosten-Nutzen-Vergleichen zur Begrenzung des Umfangs solidarisch finanzierter Gesundheitsleistungen anknüpft. Bereits 50 bzw. 43 Prozent der Pflegekräfte stimmen dieser neuen Norm zu, die derzeit auch unter dem Begriff „Priorisierung“ Eingang in den Diskurs um eine Begrenzung der Versorgungsansprüche von GKV-Versicherten gefunden hat.³³ Das Regressionsmodell zeigt, dass eine Relativierung der Versorgungsansprüche von Pflegekräften in Krankenhäusern der Maximalversorgung / Universitätsklinika (KH >1000 Betten) noch weitaus häufiger abgelehnt wird (-7 Prozentpunkte) als in den Häusern mit einem begrenzteren Versorgungsauftrag. Dies ist insofern verständlich, als dass den dort Beschäftigten bewusst sein dürfte, dass sie Versorgungsbedarfe nicht delegieren können, da sie die letztzuständige Instanz sind. Aber 2008 wird ein solcher Effekt im Modell nicht mehr sichtbar, stattdessen sind es die kleinen Häuser, die überdurchschnittlich häufig diese Form der Rationierung ablehnen (-12 Prozentpunkte). Auffällig ist, dass leitende Pflegekräfte besonders häufig dieser neuen Norm zustimmen. Dieser Effekt taucht jedoch erst 2008 auf, dafür umso deutlicher (+22 Prozentpunkte). Im Wellenvergleich zeigt sich, dass die Bereitschaft dieser Form der Rationierung zuzustimmen insgesamt abgenommen hat (-7 Prozentpunkte), aber innerhalb der Belegschaft eine Polarisierung zwischen Basis und leitender Pflege stattgefunden hat, was sich insofern als DRG-Effekt interpretieren lässt, als dass leitende Pflegekräfte zunehmend Managementfunktionen zu übernehmen haben und sich von daher stärker

³³ Derzeit wird ein großes DFG-finanziertes Forschungsprojekt zum Thema „Priorisierung in der Medizin“ durchgeführt (<http://www.priorisierung-in-der-medizin.de>). Das Projekt untersucht Fragen wie: „Muss die Ausweitung medizinischer Interventionsmöglichkeiten zunehmend Verzicht auf mögliche Eingriffe und Behandlungen nach sich ziehen, da niemals alles, was medizinisch möglich ist, auch gesellschaftlich finanziert werden kann? Wenn ja, sollen z. B. Kinder grundsätzlich Älteren gegenüber bevorzugt werden? Ist Prävention wichtiger als Versorgung? Soll die Allgemeinheit Luxustherapien für wenige Patienten mittragen?“

an Interessen der Unternehmensleitung als denen der bettseitigen Pflege orientieren. Um kognitive / moralische Dissonanzen auszugleichen, die durch die Übernahme betriebswirtschaftlicher Handlungslogiken entstehen, beschleunigt sich unter DRG-Bedingungen die Entfremdung leitender Pflegekräfte von den normativen Orientierungen ihrer KollegInnen, was man auch als Machtverlust für die Pflege insgesamt im Gefüge der Institution Krankenhaus interpretieren kann.

5.5.1 Zusammenfassung

Zum besseren Verständnis erscheint eine Vorabbemerkung geboten: In diesem Kapitel wurde nur eine Seite des beruflichen Selbstverständnisses von Pflegekräften thematisiert, nämlich die diesbezüglichen normativen Einstellungen zum Versorgungsgebot, den sozialrechtlichen Leistungsansprüchen der GKV-Versicherten und einer möglichen Überformung medizinischer und pflegerischer Handlungslogiken durch eine Stärkung des Wirtschaftlichkeitsgebots, wie es die DRGs nahe legen. Die andere Seite des beruflichen Selbstverständnisses ist jedoch die berufliche Praxis, wie sie in Kapitel 5.6.2 dargestellt wird. Besonders in Berufen mit einem hohen Maß an Eigenverantwortung, wie es bei Pflegekräften der Fall ist, sei es auf Basis von Fremderwartungen (rechtlicher Rahmen), Eigenerwartungen (Identifikation) oder einer Mischung aus beidem, stehen Normen (dieses Kapitel) und Praxis (Kapitel 5.6.2) in einem beständigen Spannungsverhältnis und beeinflussen sich wechselseitig, da ein zu großes Auseinanderdriften von Norm und Praxis zu kognitiven bzw. moralischen Dissonanzen führt, die über Anpassung, Voice (Protest) oder Exit (Arbeitsplatzwechsel) ausgeglichen werden. Grundsätzlich können daher Schwankungen der Normzustimmung immer mindestens zwei Dinge aussagen: Anpassung der Norm an Veränderungen der Praxis oder Ausdruck von Widerstand gegen eine normverletzende Praxis, mit dem Ziel diese in Richtung Normerhalt zu beeinflussen. Aus diesen Gründen wird im Anschluss an Kapitel 5.6.2 ein Wandel des beruflichen Selbstverständnisses von Pflegekräften auf Basis einer Gesamtsicht von Norm und Praxis erneut aufgegriffen und abschließend eingeschätzt.

Nun jedoch zurück zu den Befunden dieses Kapitels: Grundsätzlich findet sich auch unter DRG-Bedingungen weiterhin eine große Unterstützung für einen Primat des medizinisch Notwendigen und eine umfassende Versorgung der Patienten auf dem Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnis. Die große Mehrheit stimmt auch heute einer Nachrangigkeit wirtschaftlicher Erwägungen zu (89 Prozent). Allerdings sind es nur knapp die Hälfte der Pflegekräfte, die dieser Aussage voll zustimmen (49 Prozent). Unter DRG-Bedingungen zeigen sich also Normverunsicherungen, die über die Hälfte der Pflegekräfte betreffen, ein Befund, der auch bereits in früheren Untersuchungen deutlich wurde (Klinke 2003, Manzeschke 2006). Pflegedienstleitungen sind anscheinend aufgrund der Übernahme von Managementfunktion eher als Basispflegekräfte bereit, Versorgungsentscheidungen von Kosten-Nutzen-Erwägungen abhängig zu machen. Über die fallbezogene Rechenschaftigkeit der Erlöse befördern die DRGs auch unabhängig von der formalen Zuweisung von Managementfunktionen durch die Geschäftsführung eine Orientierung an betriebswirtschaftlichen Handlungsorientierungen. Die Entscheidungssituation wird mittlerweile häufig als Entscheidung unter der Bedingung der Verteilung knapper Ressourcen interpretiert. Bei den Pflegekräften kann man den Eindruck gewinnen, dass sie aufgrund einer im Vergleich zu Ärzten stärkeren Weisungsgebundenheit des Handelns eher in der Lage sind, Verantwortlichkeiten zu externalisieren bzw. dass ein weniger festes Berufsbild auch mehr Freiräume der Interpretation von Anspruchshaltungen bietet, ohne eine massive Dissonanzerfahrung zu machen.

Diese Einschätzung hilft zu erklären, weshalb unter DRG-Bedingungen Pflegekräfte hinsichtlich ihrer Einstellungen zu einem traditionellen Primat des Versorgungsgebots derzeit unterschiedliche Richtungen einschlagen: Während die Basispflegekräfte insbesondere 2008 wieder teilweise verstärkt einen Vorrang des medizinisch Notwendigen vor Wirtschaftlichkeitserwägungen einfordern, ist bei den leitenden Pflegekräften ein starker Einbruch zu verzeichnen. Anhand der Fragen zur

würdevollen Behandlung und zur psychosozialen wird jedoch deutlich, dass auch die Basispflege unter DRG-Bedingungen nach Möglichkeiten sucht, Dissonanzen, die durch Mängel in der Versorgung entstehen, durch Normanpassung zu verringern. Bei den Befragten sind es wiederum vor allem die Nachwuchskräfte, die bereit sind, die Versorgungsansprüche der Patienten zu relativieren. Durch diesen generativen Effekt scheint das traditionelle berufliche Selbstverständnis von Pflegekräften derzeit besonders stark unter Druck zu stehen. In den Regressionen wurde deutlich, dass die jeweilige ökonomische Position der eigenen Abteilung bzw. des Hauses die Bereitschaft, betriebswirtschaftliche Kosten gegen medizinischen oder pflegerischen Nutzen abzuwägen und eine solche Modifikation des Selbstanspruches in das berufliche Selbstverständnis zu integrieren, beeinflusst. Insgesamt zeichnet sich unter DRG-Bedingungen eine verstärkte Heterogenisierung der Lage in den Häusern ab, sodass die Existenz oder Nicht-Existenz guter Arbeitsbedingungen (Ressourcen und Belastungen) verstärkt Einfluss auf die Bereitschaft, medizinisch oder pflegerisch notwendige Leistungen zu rationieren, nimmt. In der Folge von Personalabbau, Umstrukturierung von Arbeitsabläufen und Arbeitszeiten, Verkürzung der Liegezeiten mit schnelleren Aufnahmen und Entlassungen, Zusammenlegung von Stationen sowie erhöhten Dokumentationspflichten nehmen Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung der Pflegekräfte seit den 1990er Jahren zu. Dieser Prozess wurde durch die DRG-Einführung noch verstärkt und in den letzten 2 Jahren beschleunigt. Teilweise ist bereits eine Verschlechterung von Pflegestandards zu beobachten, die Arbeitsunzufriedenheit wächst, Handlungslogiken, die Dokumentationspflichten höher werten als Patientenversorgung, werden befördert und das berufliche Selbstverständnis beginnt im Hinblick auf Ganzheitlichkeit zu erodieren. Gegenüber 2003 ist also die berufsethische Integration von gewinnwirtschaftlichen Handlungskalkülen weiter fortgeschritten, wenngleich auch von Teilen der Pflegekräfte eine verstärkte Wiedereinforderung der Vorrangigkeit medizinischer Handlungslogiken zu beobachten ist.

Zu berücksichtigen ist, wie bereits eingangs ausgeführt, dass die Vorstellung von dem, wie man gerne handeln möchte, (Soll) immer in einem gewissen Spannungsverhältnis zur eigenen Handlungspraxis (Ist) steht. Je größer dieser Konflikt – also die Differenz zwischen dem, wie man sich als Pflegekraft verhalten möchte und dem, wie man sich konkret verhält – desto mehr muss davon ausgegangen werden, dass neue Rahmungen und Deutungen das eigene Handeln beeinflussen, welche die alten und grundsätzlich immer noch als richtig angesehenen Handlungsnormen (Soll) in Frage stellen. Somit kann diese Gegenüberstellung von Soll und Ist einen normativen bzw. ordnungspolitischen Wandel auf der Mikroebene der Implementation sichtbar werden lassen, bevor neue Deutungen und normative Leitbilder die alten als herrschend ersetzt haben: Der befragte Arzt oder die befragte Pflegekraft wünscht sich zwar noch einen Zustand ex ante (Soll), inkludiert aber bereits andere Handlungsmaximen in seine/ihre Praxis (Ist).

5.6 Versorgungsqualität

Die im Folgenden dargestellten Sachverhalte beziehen sich im Wesentlichen auf Aspekte der Versorgungsqualität von akutstationären Einrichtungen, die sich aus dem Zusammenspiel von Arbeitsbedingungen/-strukturen und beruflichem Selbstverständnis ergeben. Wie bereits dargestellt (s. o.), stehen Entwicklungen und Tendenzen in den genannten Bereichen in einem Abhängigkeitsverhältnis zu gesundheitspolitischen Entscheidungen, namentlich der anhaltenden Budgetierung und der Einführung des neuen DRG-Entgeltsystems. Die in diesem Kapitel geschilderten Aspekte der Versorgungsqualität können ein Bild dessen vermitteln, wie Defizite der Leistungserbringung zustande kommen, ohne auf Mortalitäts- und Komplikationsraten Bezug nehmen zu müssen. Diesbezügliche Ansätze der Qualitätsberichterstattung (BQS 2005a, b) sind zu begrüßen, können jedoch nicht in gleichem Maße Zusammenhänge mit gesundheitspolitischen Entscheidungen sichtbar machen, wie

es mittels der hier präsentierten sozialwissenschaftlichen Ergebnisse quantitativer Akteursbefragungen möglich ist.³⁴

In ihrer qualitativen Studie zu den Auswirkungen prospektiver Finanzierungsinstrumente auf die Versorgungsqualität (Budgetierung, chirurgische Fallpauschalen) fanden Kühn und Simon (2001) bereits für das Ende der 1990er Jahre sowohl Belege für eine Risikoselektion, also „die selektive Aufnahme oder Verlegung von Patienten mit überdurchschnittlich hohen Behandlungskosten“ (Kühn/Simon 2001, 93), als auch für eine Veränderung von Behandlungsstandards: „Unter dem Einfluss von Kosten-Erlös-Erwägungen werden in Teilbereichen offenbar sowohl medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht als auch Leistungen unterlassen, die aus Sicht des jeweils behandelnden Arztes notwendig oder zumindest sinnvoll wären“ (Kühn/Simon 2001, 103). Befürchtet wird, dass durch die DRG-Einführung wirtschaftliche Ziele im Krankenhaus weiter an Bedeutung gewinnen und medizinische Erwägungen überlagern. Im Folgenden wird dargestellt, wie sich diese Tendenzen bis zum Jahr 2008 weiterentwickelt haben.

5.6.1 Aufnahme

Wenn man bei den Antworten zu pflegerischen Tätigkeiten bei der Aufnahme von PatientInnen die Antwortmöglichkeiten „immer“ und „überwiegend“ zusammenfasst, zeigt sich auf unterschiedlichen Niveaus ein leichter bis spürbarer Rückgang der Häufigkeit dieser Tätigkeiten zwischen 2003 und 2008.

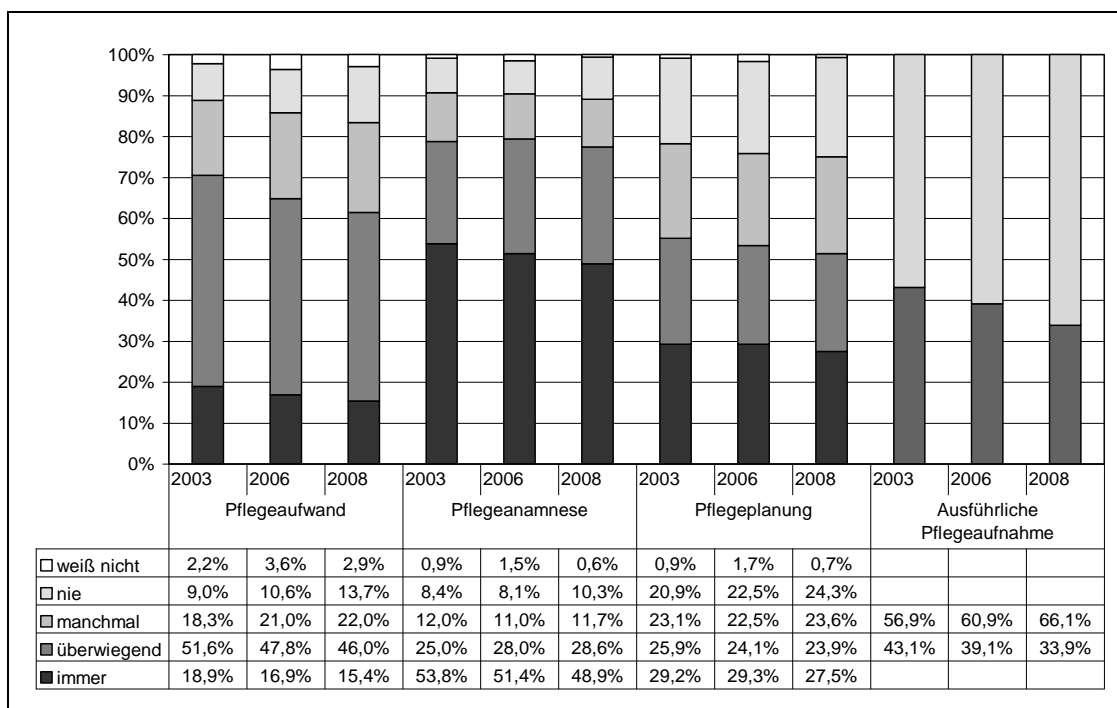


Abbildung 33: Pflegerische Tätigkeiten bei Aufnahme von Patienten aus Sicht der Pflegekräfte

Am stärksten ist dieser Rückgang bei der Feststellung des Pflegeaufwands, die 2003 noch von knapp über 70 % der Pflegekräfte gemacht wurde und 2008 noch von 61,5 %. Am wenigsten redu-

³⁴ Umgekehrt können BQS-Daten künftig dazu genutzt werden, Qualitätsmängel und unbefriedigte Versorgungsansprüche der Versicherten, wie sie sich aus unseren Ergebnissen ableiten lassen, mit Zahlen zu untermauern und politischen Handlungsbedarf nachzuweisen.

zierte sich die Tätigkeit der Pflegeanamnese, die fast unverändert von knapp 80 % der Pflegekräfte durchgeführt wurde.

Gleichzeitig wächst aber auch bei den Tätigkeiten der Feststellung des Pflegeaufwands, der Pflegeplanung und der Pflegeanamnese der Anteil von Pflegekräften, die dies „nie“ machten, stetig auf Werte von rund 14 %, 10 % und 24 %.

Eine ausführliche Pflegeaufnahme trägt unter der Bedingung abnehmender Liege- und damit auch Pflegezeiten sowie der Zunahme des Anteils schwererer Fälle (u.a. durch mehr ambulantes Operieren) zur Versorgungsqualität bei. Die Antworten auf die entsprechende Frage konzentrieren sich auf die Antwortmöglichkeiten „überwiegend“ und „manchmal“. Umso deutlicher wird ein beachtlicher, 10 Prozentpunkte umfassender Trend der „Ausdünnung“ oder des Seltenerwerdens dieser Leistung.

Wodurch die Existenz einer ausführlichen Pflegeaufnahme begünstigt oder umgekehrt behindert wird, zeigt Tabelle 18.

Zunächst wird auch in der multivariaten Analyse der Einfluss, den die zeitlichen Bedingungen haben, deutlich. So liegt die Chance, dass die Pflegekräfte eine ausführliche Pflegeaufnahme durchführten, 2008 um signifikante 10 Prozentpunkte unter dem Wert im Jahr 2003.

Ausführliche Pflegeaufnahmen führen insgesamt vor allem Krankenschwestern (+ 8 Prozentpunkte), Pflegekräfte mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung und leitende Pflegekräfte (jeweils + 9 Prozentpunkte), Pflegekräfte in Kliniken mit koordinierten Behandlungsabläufen (+ 12 Prozentpunkte), einem großen Einfluss der Verwaltung (+ 6 Prozentpunkte) sowie mit gutem internen Informationsfluss (+ 5 Prozentpunkte) sowie Pflegekräfte mit vielen Ressourcen (+ 6 Prozentpunkte) und einem hohen ethischen oder professionellen Sollwert bei der Wichtigkeit psychosozialer Unterstützung (+ 6 Prozentpunkte) durch. Pflegekräfte in der Inneren Medizin haben schließlich auch noch eine größere Chance (+ 5 Prozentpunkte) Patienten mit einem ausführlichen Pflegeaufwand aufzunehmen.

Die Werte schwanken allerdings bei der jährweisen Betrachtung häufig hin und her schwanken oder sind auch nicht mehr signifikant, was anzeigt, dass es sich hier noch um eine nicht abgeschlossene Entwicklung dürfte.

Als richtig ungünstig für die Existenz einer aufwändigen Pflegeaufnahme zeigen sich in unserem Regressionsmodell nur private Krankenhäuser (- 6 Prozentpunkte) – wobei auch hier nur der Gesamtwert statistisch signifikant ist und keiner der drei Jahreswerte.

<i>Tabelle 18: Durchführung einer ausführlichen Pflegeaufnahme aus Sicht der Pflegekräfte</i>								
	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,03		-0,04		0,02		0,14	
Welle 2	-0,04							
Welle 3	-0,10	***						
Weiblich	0,08	**	0,03		0,07		0,17	**
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	0,09	***	0,09	**	0,14	***	0,03	
Leitende Pflege	0,09	**	0,06		0,11	*	0,13	
Teilzeit	-0,02		0,01		-0,05		-0,04	
Dauernachtschicht	0,10	*	0,15	**	0,04		-0,07	
Tagdienst ohne Schicht	0,09	**	0,08		0,07		0,09	
Privates Krankenhaus	-0,06	*	-0,07		-0,06		-0,05	
Kleines Haus (< 200 Betten)	-0,03		-0,06		-0,01		0,01	
Großes Haus (>1000 Betten)	0,01		-0,01		0,00		0,04	
Innere	0,05	*	0,08	*	0,05		-0,01	
Pädiatrie	-0,02		0,00		-0,01		-0,10	

Andere Fachabteilungen	0,05	*	0,07	*	0,05		-0,03	
Koordinierte Behandlungen	0,12	***	0,12	***	0,12	***	0,12	**
Schlechte wirtschaftliche Lage	-0,03		-0,01		-0,07		0,02	
Einfluss Verwaltung	0,06	**	0,05		0,04		0,08	*
Informationsfluss intern	0,05	*	0,09	*	0,04		0,01	
Kooperation Ärzte - Pflege	0,02		0,03		0,02		0,04	
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	0,01		-0,01		0,04		0,02	
Anteil patientennaher Tätigkeit	0,02		0,13	*	-0,07		-0,19	
Anteil administrativer Tätigkeit	0,10		0,08		0,12		0,03	
Belastungen (Werte 0 - 1)	-0,03		0,00		-0,02		-0,07	
Ressourcen (Werte 0 - 1)	0,08	*	0,08		0,11		0,04	
Soll: Psycho-soziale Unterstützung	0,06	**	0,06	*	0,06	*	0,03	
adj. R ²	0,05		0,05		0,05		0,04	

5.6.2 Pflegerische Versorgung

Inhaltlich liegt der Fokus in diesem Kapitel auf dem Spannungsverhältnis, das zwischen dem Anreiz zu möglichst geringem Ressourcenverbrauch und der Handlungsnorm, alle medizinisch oder pflegerisch notwendigen Leistungen für den Patienten erbringen zu wollen, besteht. Dieser Anreiz entsteht durch Deckelung der Gesamtausgaben (Budgetierung) und Pauschalierung des Einzelfalls (DRG-Entgeltsystem). Die traditionelle medizinische und die pflegerische Handlungsnorm stehen somit durch die neue betriebswirtschaftliche Logik unter Druck. Unter diesen Anreizbedingungen ist eine Versorgung auf qualitativ hohem Niveau ohne Pflegekräfte, die zu der jeweiligen traditionellen Handlungsnorm motiviert sind, unwahrscheinlich. Deshalb ist es wichtig zu untersuchen, ob und wie sich derzeit Handlungsorientierungen von Pflegekräften verändern. Marktförmige Anreize und deren negative Auswirkungen auf Verteilung und Qualität werden normalerweise durch nachträgliche umfangreiche Regulation (Kontrollorgane) kompensierend aufgefangen (Reimon/Felber 2003). Für den medizinischen und pflegerischen Bereich erscheint eine technische Regulation des Problems durch Aufbau einer umfangreichen Qualitätssicherung nur bedingt Erfolg versprechend, da das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt und die ihn versorgenden Pflegekräfte als Anwälte seiner Interessen nicht zu ersetzen ist (Kühn 2002; 2005). Der Patient möchte eine Pflegekraft, die ihn als Individuum betrachtet und von der er erwarten kann, dass diese im Zweifelsfall seine medizinischen Interessen über die wirtschaftlichen des Hauses stellt. Durch die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Leistungserbringer wird die Pflegekraft im Krankenhaus jedoch auch „zum Agenten der Distribution knapper medizinischer Güter gemacht“ (Borgetto 2006, 235). Eine solche „ökonomische Überformung der medizinischen Handlungsrationalität“ führt für die zuständige Pflegekraft zu einem „Intrarollenkonflikt“, der eine Benachteiligung derjenigen Patientengruppen vermuten lässt, die ihre Versorgungsbedarfe nicht oder nur unzureichend durchsetzen können, wie z. B. bildungsfernere und ältere Patienten (Borgetto 2006, 235). Dieser Intrarollenkonflikt führt zu einer „moralischen Dissonanz“ (Kühn 2006), die für den professionell Tätigen nur schwer zu ertragen ist. Kühn spricht in diesem Zusammenhang von quälendem psychischen Unbehagen, das lange anhält und tief an das Selbstbewusstsein der betroffenen Individuen rühren kann. Darüber hinaus bestehe die Tendenz, das moralische Dissonanzerlebnis möglichst umgehend wieder zu harmonisieren. Die individuellen Strategien können dabei verschiedenster und gegensätzlichster Art sein. Einerseits können sie in einem Festhalten an der traditionellen moralischen Orientierung bestehen, in dem eine entsprechende Praxis eingefordert wird (Voice-Option) oder in dem die Tätigkeit oder der Beruf gewechselt (Exit-Option) wird, um den Konflikt aufzulösen. Andererseits – und dies ist häufig der dominante, weil einfachere Weg – kann die Strategie in der „Verinnerlichung des Gesollten und seine psychische Rationalisierung zum Gewollten“ (Kühn 2006) bestehen (Anpassung der Handlungsnorm an die Handlungspraxis). In der gegenwärtigen Umbruchphase ist davon auszuge-

hen, dass die Mehrheit der betroffenen Pflegekräfte „eher nach Kompromissen sucht, nicht nur im Handeln, sondern bereits schon in der Problemwahrnehmung“ (Kühn 2002; 2003; 2004, vgl. auch Kühn 2005; 2006, Kühn/Klinke 2007). Als zu überprüfende Hypothesen bezüglich des Einflusses von DRGs und Budgetierung auf das berufliche Selbstverständnis von Pflegekräften lassen sich somit folgende Erwartungshaltungen und Herangehensweisen an die Analyse formulieren:

- Eine Überformung der traditionellen medizinischen Handlungsnorm durch betriebswirtschaftliche Handlungskalküle ist zu erwarten.
- Dadurch entsteht ein spezifisches Spannungsverhältnis zwischen dem Anreiz zur Gewinnmaximierung und der Handlungsnorm, alle medizinisch und pflegerisch notwendigen Leistungen für den Patienten erbringen zu wollen.
- Der Anreiz zur Inklusion betriebswirtschaftlicher Handlungskalküle entsteht durch die Deckelung der Gesamtausgaben (Budgetierung) und die Pauschalierung des Einzelfalls (DRG-Entgeltsystem).
- Unter diesen Anreizbedingungen (Wahrnehmung von latentem oder auch explizitem Kostendruck) wird eine Versorgung auf qualitativ hohem Niveau ohne von der medizinischen Handlungsnorm motivierte Ärzte und Pflegekräfte unwahrscheinlich.
- Deshalb ist es notwendig im Längsschnitt zu untersuchen, ob und wie sich Handlungsorientierungen und tatsächliches Handeln von Ärzten und Pflegekräften verändern (dieses Kapitel).
- Die Vorstellung von dem, wie man gerne handeln möchte (**Soll**), steht immer in einem gewissen Spannungsverhältnis zur eigenen Handlungspraxis (**Ist**). Soll/Ist-Vergleiche können daher im Zeitvergleich als Indikator für das Ausmaß und für Veränderungen der „moralischen Dissonanz“ (Kühn) dienen.

Die zum Thema pflegerische Versorgung gestellten Fragen korrespondieren also teilweise auf Ebene der Praxis mit den bereits diskutierten Einstellungen zum beruflichen Selbstverständnis der Pflegekräfte. Den Fragen zu normativen (Handlungs-) Orientierungen wird im Folgenden also die jeweilige Einschätzung zur entsprechenden Handlungspraxis im eigenen Erfahrungsbereich gegenübergestellt. Weitere Themen dieses Kapitels sind die Auswirkungen der DRGs auf die psychosoziale-Versorgung und den Pflegestandard.

Wirtschaftlichkeitsgebot versus Versorgungsgebot

Im DRG-Kontext wird einerseits von den Befürwortern marktwirtschaftlicher Steuerung eine effizientere und bedarfsgerechtere Leistungserbringung erwartet, während andererseits von den Kritikern ein zunehmender Konflikt zwischen betriebswirtschaftlichen und pflegerisch-medizinischen Handlungslogiken der Leistungserbringung befürchtet wird. Darauf bezogen mussten die quantitativ Befragten bewerten, ob die Aussage, "Jedem Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung", mit ihrer Erfahrung übereinstimmt (Abbildung 34). Damit ist nicht gemeint, dass Kostenerwägungen keine Rolle spielen, sondern dass sie nachrangig berücksichtigt werden.³⁵ Das entspricht dem impliziten Wirtschaftlichkeitsbegriff des SGB V: Ein medizinisches Ziel wird definiert und soll mit möglichst geringem Aufwand erreicht werden.

³⁵

So wurde das Verständnis in einer Fokusgruppe und bei Referenzpersonen ermittelt.

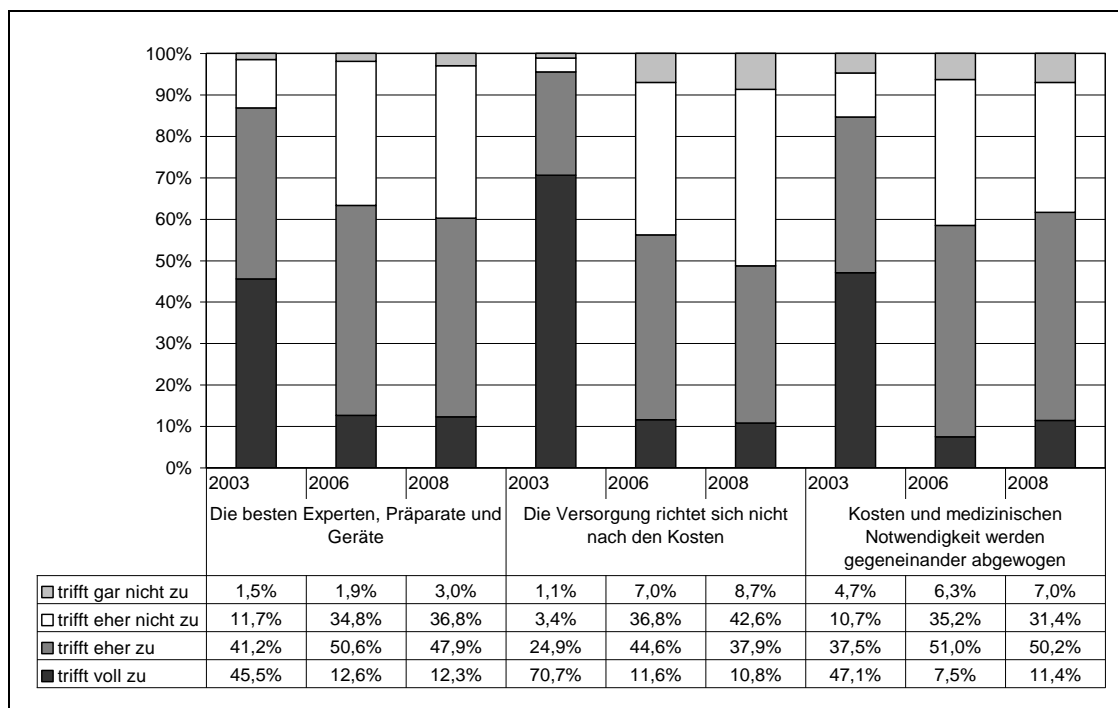


Abbildung 34: Ist der Bewertung von Kosten aus Sicht der Pflegekräfte

Nur 13 Prozent der Pflegekräfte sagen 2006 diese Norm sei in ihrem Erfahrungsbereich "voll" erfüllt. Man muss also davon ausgehen, dass die pflegerische Praxis unter DRG-Bedingungen überwiegend von Einschränkungen des Versorgungsgebots gekennzeichnet ist. 51 Prozent meinen einschränkend, eine Nachrangigkeit des Kostenkriteriums treffe für ihre Abteilung oder Klinik "eher zu". Für den Erfahrungsbereich von zwei Prozent der befragten Pflegekräfte stimmt das "gar nicht", und für 35 Prozent trifft dieser Umstand "eher nicht" zu. Im Wellenvergleich bestätigt sich 2008 dieser Eindruck, wobei der Anteil derjenigen, die mehr oder minder ausgeprägte Rationierung in ihren Abteilungen beobachten, um 3 Prozentpunkte gestiegen ist, d. h. dass unter DRG-Bedingungen die Einhaltung der sozialpolitischen Norm des SGB V aus Sicht von Pflegekräften tendenziell immer weniger gewährleistet ist.

Die Abbildung 34 zeigt auch, dass die meisten Pflegekräfte in einer Realität arbeiten, in der die medizinische Notwendigkeit anhand von Kostenerwägungen relativiert wird: Nur sieben Prozent (2006: -1 Prozentpunkt) schließen 2008 eine Abwägung aus, und 11 Prozent (+3 Prozentpunkte) sehen eine Abwägung als Regelfall („trifft voll zu“) an. Es überwiegen hier mit 82 Prozent die eingeschränkten Einschätzungen (2006: +2 Prozentpunkte). Im Vergleich zu Kapitel 5.5 wird das Spannungsverhältnis zwischen den normativen Einstellungen (Soll) und der realen Praxis der Leistungserbringung (Ist) anhand der Rationierungsfrage sichtbar. Während insgesamt 87 Prozent (2006: -3 Prozentpunkte) der Pflegekräfte mehr oder weniger stark die Vorenthaltung effektiver Leistung aus Kostengründen ablehnen, wird die Abwesenheit von Rationierung nur von 12 (- 1 Prozentpunkt) Prozent in ihrem Bereich ohne Einschränkung als realisiert angesehen. Also arbeitet ein großer Teil der Pflegekräfte in einer Realität, in der das, was sie moralisch für richtig erachten, nicht ihre Praxis ist. Im Wellenvergleich, über alle drei Fragen in Tabelle 19 hinweg betrachtet, zeigt sich, dass der Anteil derjenigen Pflegekräfte, die in ihren Abteilungen Formen von Rationierung wahrnehmen, zwischen 2006 und 2008 tendenziell zugenommen hat, bei einem Maximalwert von bis zu +8 Prozentpunkten.

Tabelle 19: Ist: Leistung richtet sich nach Kosten aus Sicht der Pflegekräfte

	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,44	***			0,41	***	0,57	***
Welle 2								
Welle 3	0,07	**						
Weiblich	0,09	*			0,03		0,16	**
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	-0,06				0,00		-0,12	**
Leitende Pflege	0,01				0,00		0,02	
Teilzeit	0,02				0,00		0,04	
Dauernachtschicht	-0,02				0,00		-0,10	
Tagdienst ohne Schicht	-0,04				-0,05		-0,01	
Privates Krankenhaus	0,01				-0,01		0,02	
Kleines Haus (< 200 Betten)	-0,02				-0,02		-0,03	
Großes Haus (>1000 Betten)	-0,04				-0,06		-0,02	
Innere	0,08	*			0,12	**	0,00	
Pädiatrie	-0,02				0,06		-0,14	
Andere Fachabteilungen	0,06	*			0,05		0,05	
Koordinierte Behandlungen	0,02				0,00		0,05	
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,07	*			0,11	**	-0,02	
Einfluss Verwaltung	0,05				-0,02		0,13	**
Informationsfluss intern	-0,05				-0,01		-0,08	
Kooperation Ärzte - Pflege	0,00				-0,01		0,04	
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	0,01				0,03		-0,01	
Anteil patientennaher Tätigkeit	-0,04				0,02		-0,15	
Anteil administrativer Tätigkeit	-0,11				-0,04		-0,25	
Belastungen (Werte 0 - 1)	0,10				0,07		0,12	
Ressourcen (Werte 0 - 1)	-0,10	*			-0,08		-0,12	
Soll: Psycho-soziale Unterstützung	-0,01				-0,02		-0,01	
Soll: Leistungen vorenthalten	-0,03				-0,04		-0,01	
adj. R ²	0,02				0,01		0,04	

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 % - vgl. zur Methodik und der Merkmalsbildung das Kapitel Operationalisierung im Anhang

Legende: Die Konstante setzt sich zusammen aus Welle 1 (Befragungszeitpunkt), männlich (Geschlecht), Basispflegekraft mit bis zu 10 Jahren Berufserfahrung (Position), Vollzeit (Arbeitszeit), Wechselschicht mit und ohne Nachtdienst (Schichtdienst), öffentliches oder freigemeinnütziges KH (Träger), 201-1000 Betten (Krankenhausgröße), chirurgische Fachgebiete (Fachgebiet), keine koordinierte Behandlung (koordinierte Behandlung), keine schlechte wirtschaftliche Lage (Situation des H.), kein Einfluss der Verwaltung (Einfluss), schlechter Informationsfluss (Informationsfluss), schlechte Kooperation Ärzte – Pflege (Kooperation), kein zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), niedriger Anteil patientennaher Tätigkeiten (Anteil patientennaher Tätigkeiten), niedriger Anteil administrativer Tätigkeiten (Anteil administrativer Tätigkeiten), wenig Belastungen (Belastungen), wenig Ressourcen (Ressourcen), Psycho-soziale Unterstützung nicht wichtig (Soll: Psycho-soziale Unterstützung) und Leistungen sollte man nicht vorenthalten (Soll: Leistungen vorenthalten).

Die direkte Rationierungsfrage als Regression zeigt, dass aus Sicht der Pflege auf internistischen Stationen deutlich mehr Abstriche an einer guten Versorgung gemacht werden (+8 Prozentpunkte) als auf den meisten anderen Stationen. Im DRG-Kontext gedeutet, zeigt sich an diesen Zahlen, dass die Leistungen von operativen Fächern besser von den entsprechenden Fallpauschalen abgebildet werden als im Bereich konservativer Disziplinen: Nach einer OP steht primär die technische Wundversorgung im Vordergrund und aufgrund moderner Operationstechniken und Verbände ist in vielen Fällen eine unter DRG-Bedingungen gewünschte zügige Entlassung möglich, während auf einer internistischen Station traditionell die Diagnosestellung und die Betreuung der Patienten mit ihren teilweise sehr vielschichtigen Erkrankungen im Vordergrund stehen, was für die Pflege einen hohen

zeitlichen Aufwand bedeutet, der über die entsprechenden Pauschalen tendenziell unzureichend finanziert wird bzw. im Kontext von Stellenabbau nicht mehr zu leisten ist. Diese These wird auch dadurch unterstützt, dass Pflegekräfte aus Häusern mit einer schlechten wirtschaftlichen Lage überproportional häufig Rationierung als Praxis wahrnehmen (+7 Prozentpunkte). Dort wiederum, wo das Personal noch gute Arbeitsbedingungen (Ressourcen) vorfindet, ist der Anteil an Pflegekräften, die Rationierung beobachten, tendenziell geringer (-10 Prozentpunkte). Dort, wo weibliche Pflegekräfte arbeiten, werden wiederum tendenziell häufiger sinnvolle medizinisch-pflegerische Leistungen nicht oder nicht ausreichend erbracht (-9 Prozentpunkte).

Im Wellenvergleich zeigt sich, dass der Einflussfaktor „weiblich“ erst 2008, dann jedoch massiv (+16 Prozentpunkte) sichtbar wurde, während zusätzlich die Wahrnehmung der älteren Basispflegekräfte deutlich positiver ausfällt (-12 Prozentpunkte). Die Effekte „Innere“ und „schlechte wirtschaftliche Lage“ sind nur 2006 deutlich, während 2008 der Einfluss der Verwaltung auf Rationierung besonders ausgeprägt ist (+13 Prozentpunkte), d. h. dort, wo die Verwaltung sehr viel Einfluss auf Versorgungsentscheidungen nimmt, wird besonders häufig Rationierung wahrgenommen. Dies deckt sich mit der Befürchtung, dass unter DRG-Bedingungen der Einfluss von Krankenhausleitungen auf Versorgungsentscheidungen zunehmen wird, wobei betriebswirtschaftliche und nicht medizinisch-pflegerische Erwägungen die Intervention motivieren.

<i>Tabelle 20: Ist: Kosten und Leistungen abwägen aus Sicht der Pflegekräfte</i>								
	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,33	***			0,41	***	0,23	
Welle 2								
Welle 3	0,04							
Weiblich	0,00				-0,03		0,03	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	-0,07	*			-0,02		-0,14	**
Leitende Pflege	-0,02				0,03		-0,12	
Teilzeit	-0,01				-0,08	*	0,09	*
Dauernachtschicht	0,09				0,06		0,21	
Tagdienst ohne Schicht	0,07				0,02		0,13	*
Privates Krankenhaus	0,02				0,02		0,03	
Kleines Haus (< 200 Betten)	0,01				-0,01		0,06	
Großes Haus (>1000 Betten)	0,01				0,03		-0,01	
Innere	0,06				0,11	**	-0,01	
Pädiatrie	0,14	**			0,24	***	0,01	
Andere Fachabteilungen	0,03				0,03		0,03	
Koordinierte Behandlungen	0,06	*			0,04		0,09	*
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,05				0,05		0,04	
Einfluss Verwaltung	0,03				-0,01		0,09	*
Informationsfluss intern	0,05				0,06		0,03	
Kooperation Ärzte - Pflege	0,04				0,08	*	-0,01	
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	0,01				0,01		0,03	
Anteil patientennaher Tätigkeit	0,01				-0,06		0,14	
Anteil administrativer Tätigkeit	0,08				0,00		0,25	*
Belastungen (Werte 0 - 1)	0,02				0,06		-0,03	
Ressourcen (Werte 0 - 1)	0,01				-0,02		0,06	
Soll: Psycho-soziale Unterstützung	0,05				0,02		0,09	*
Soll: Kosten und Leistungen abwägen	0,11	***			0,10	**	0,13	***
adj. R ²	0,03				0,03		0,05	
*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 % - vgl. zur Methodik und der Merkmalsbildung das Kapitel Operationalisierung im Anhang								
<u>Legende:</u> Die Konstante setzt sich zusammen aus Welle 1 (Befragungszeitpunkt), männlich (Ge-								

schlecht), Basispflegekraft mit bis zu 10 Jahren Berufserfahrung (Position), Vollzeit (Arbeitszeit), Wechselschicht mit und ohne Nachtdienst (Schichtdienst), öffentliches oder freigemeinnütziges KH (Träger), 201-1000 Betten (Krankenhausgröße), chirurgische Fachgebiete (Fachgebiet), keine koordinierte Behandlung (koordinierte Behandlung), keine schlechte wirtschaftliche Lage (Situation des H.), kein Einfluss der Verwaltung (Einfluss), schlechter Informationsfluss (Informationsfluss), schlechte Kooperation Ärzte – Pflege (Kooperation), kein zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), niedriger Anteil patientennaher Tätigkeiten (Anteil patientennaher Tätigkeiten), niedriger Anteil administrativer Tätigkeiten (Anteil administrativer Tätigkeiten), wenig Belastungen (Belastungen), wenig Ressourcen (Ressourcen), Psycho-soziale Unterstützung nicht wichtig (Soll: Psycho-soziale Unterstützung) und Kosten und Leistungen sollte man nicht abwägen (Soll: Kosten und Leistungen abwägen).

Auch hinsichtlich Kosten-Nutzen-Abwägungen zeigen sich je nach Fachgebiet unterschiedliche Praxen (Tabelle 20): Hier sind es erneut 2006 die internistischen Pflegekräfte (+11 Prozentpunkte), die stärker als andere KollegInnen eine Praxis in ihren Abteilungen wahrnehmen, in der medizinische Notwendigkeit und betriebswirtschaftliche Erfordernisse bei Versorgungsentscheidungen gegeneinander abgewogen werden. Am stärksten ist das allerdings 2006 auf pädiatrischen Stationen der Fall (+24 Prozentpunkte) und auch noch im Gesamtmodell sichtbar (+6 Prozentpunkte). Auf pädiatrischen Stationen spielen Pflegekräfte in der Versorgung eine dominante Rolle, die Arztdichte ist geringer als auf anderen Stationen. Dies könnte erklären, warum hier aus pflegerischer Sicht die Praxis von Abwägungsentscheidungen präsenter wahrgenommen wird, da man noch mehr in der Verantwortung steht. Erstaunlicherweise arbeiten 2006 Pflegekräfte, die gut mit Ärzten kooperieren, häufiger in einem Umfeld, in dem Versorgungsentscheidungen von Kostenerwägungen beeinflusst werden (+8 Prozentpunkte).

2008 bestätigt sich die Tendenz (vgl. Tabelle 19), dass unter DRG-Bedingungen Unterschiede der Fachabteilungen hinsichtlich der Wahrnehmung von Abwägungsentscheidungen bzw. Rationierung abnehmen. Unter DRG-Bedingungen ist dagegen ein generativer Effekt (>10 Jahre im Beruf -14 Prozentpunkte), ein Beschäftigungsformeffekt (Teilzeit +9 Prozentpunkte, Tagdienst ohne Schicht +13 Prozentpunkte, hoher Anteil administrativer Tätigkeiten +25 Prozentpunkte), ein Modernisierungseffekt (Einfluss der Verwaltung +9 Prozentpunkte, Existenz koordinierter Behandlungen +9 Prozentpunkte) und ein Selbstverständniseffekt (Soll: psychosoziale Unterstützung +9 Prozentpunkte) hinzugetreten.

Über alle Wellen hinweg betrachtet, beeinflussen Trägerschaft und Krankenhausgröße diese Praxis-einschätzung jedoch kaum. Einen starken und im Wellenvergleich wachsenden Effekt auf die Praxis der Leistungserbringung hat jedoch die Einstellung zu einem Primat des Wirtschaftlichkeitsgebots: Wer bereits die Abwägung pflegerischer und betriebswirtschaftlicher Handlungskalküle in sein berufliches Selbstverständnis integriert hat, besitzt 2008 eine um 13 Prozentpunkte (2006: -3 Prozentpunkte) höhere Wahrscheinlichkeit, in einer Abteilung zu arbeiten, in der diese Kosten-Nutzen-Erwägungen die tägliche Versorgungspraxis beeinflussen. Unterstellt man, dass Pflegekräfte nicht aus persönlicher Neigung vom traditionellen Selbstverständnis abweichen, welches der medizinisch-pflegerischen Versorgung einen klaren Vorrang vor ökonomischen Erwägungen einräumt, muss man annehmen, dass in diesen Abteilungen eine Verringerung der Dissonanz durch Anpassung der Norm an die Praxis stattgefunden hat.

Psychosoziale Versorgung

Die psycho-soziale Versorgung ist zuvor in Kapitel 5.5 als Teil des beruflichen Selbstverständnisses von Pflegekräften thematisiert worden. Im Folgenden werden erneut die gleichen Fragen, nur bezogen auf die erlebte Versorgungspraxis, gestellt.

Nach normativem Verständnis ist die psycho-soziale Versorgung für die Mehrheit der Pflegekräfte ein integraler Bestandteil einer guten Versorgung der Patienten, wenngleich eine Minderheit (2008: 34 Prozent) dies nur eingeschränkt richtig oder sogar falsch findet. Eine gute psycho-soziale Versorgung ist nicht nur für psychosomatische Krankheitsbilder bedeutsam und nimmt auch nicht nur über die Steigerung von Wohlbefinden Einfluss auf den Heilungserfolg, sondern ist Bestandteil einer umfassenden Anamnese bei Patienten mit komplexer Krankheitsgeschichte, deren Kenntnis eine zielgerichtete Diagnostik und Therapie erst ermöglicht³⁶.

Eine Pflegekraft muss Vertrauen aufbauen, damit der Patient ihr seine ganze Krankengeschichte erzählt. Zeit ist dabei ein wichtiger Faktor: Patienten sind unterschiedlich gut in der Lage alle ihre Symptome zu schildern. Wird das Gespräch unter Zeitdruck geführt, bleiben mitunter viele Zusammenhänge ungenannt und fließen somit nicht in die Überlegungen mit ein. Gerade unter DRG-Bedingungen wird jedoch erwartet, dass der Patient mit möglichst vollständiger Diagnose eingewiesen wird (s. o.), weshalb verstärkt die Gefahr besteht, dass komplexe Krankheitsbilder nicht erkannt, geschweige denn behandelt werden. Die Rede ist von der Fragmentierung der Behandlung (Rühmkorf 2005, 26). Das Fallpauschalengesetz und seine Ausführungen (2. FPAandG 2004, DKG 2005) gewähren dem Patienten den Anspruch auf Behandlung aller stationär zu behandelnden Krankheiten, die zum Zeitpunkt der Einweisung bekannt waren oder im Laufe der Behandlung bekannt werden (sic!), während *eines* Krankenhausaufenthalts, sofern keine *medizinische* Kontraindikation besteht. Pauschalierte Bezahlung bietet jedoch einen finanziellen Anreiz, die Behandlung zu fragmentieren, damit mehrere DRGs abgerechnet werden können. Dieser finanzielle Anreiz in Verbindung mit der knapper werdenden Ressource Zeit für Patientengespräche lässt befürchten, dass Patienten mit scheinbar eindeutiger Diagnose künftig eine Standardbehandlung erfahren, ohne dass nach möglichen anderen Behandlungsbedarfen überhaupt gefragt wird. Oder es wird der Hinweis gegeben, diese Probleme während eines zweiten, zeitlich soweit versetzten Aufenthalts klären zu können, dass eine weitere DRG-Fallpauschale abgerechnet werden kann. Mängel in der psychosozialen Versorgung und Fragmentierung der Behandlung stehen also unter DRG-Bedingungen in einem wechselseitigen Bedingungsverhältnis.

³⁶ „Ohne vernünftige Anamnese geht die Arbeitsdiagnose aber in die falsche Richtung, die Diagnostik in die falsche Abteilung und die Therapie zum falschen Patienten.“ Selbst „ob das auch ökonomisch dauerhaft Sinn macht, ist mehr als fraglich“. (Feld 2005)

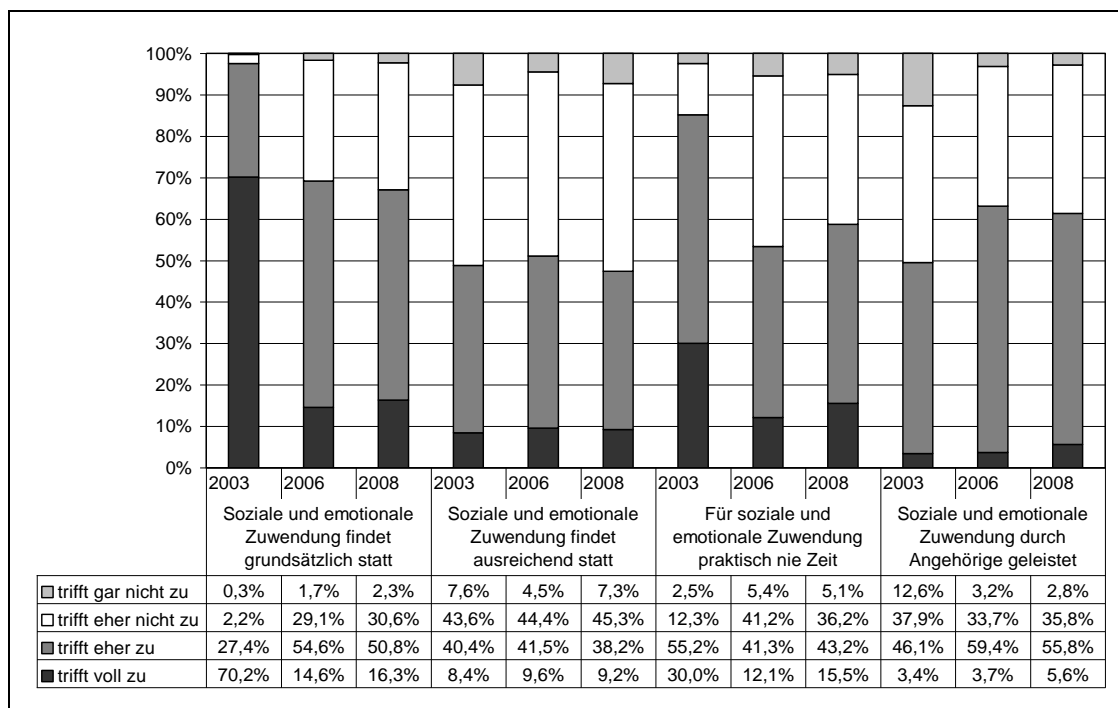


Abbildung 35: Ist: Psychosoziale Versorgung aus Sicht der Pflegekräfte

Während der normativen Frage, ob man eine „soziale und emotionale Zuwendung“ (psychosoziale Versorgung) grundsätzlich als zur Versorgung der Patienten zugehörig empfinde, zu 66 (-7/+3) Prozent voll zugestimmt wurde, ist dies 2008 zumindest grundsätzlich zu 16 Prozent (2006: -1) der Fall. Eine ausreichende soziale und emotionale Zuwendung findet sogar nur in 9 (+1/+0) Prozent der Fälle statt. 59 Prozent (2006: -6) haben aufgrund der Arbeitsbelastung eher gar keine Zeit für die psychosoziale Versorgung ihrer Patienten. Bei den Pflegekräften herrscht also ein ausgeprägtes Spannungsverhältnis zwischen dem Anspruch, psychosoziale Versorgung erbringen zu wollen und einer Praxis, die ihnen dies in den meisten Fällen nicht oder nicht ausreichend gestattet. Da diese Fragen Kernbereiche des traditionellen pflegerischen Berufsbildes berühren, muss befürchtet werden, dass unter DRG-Bedingungen diese Normen so unter Druck geraten, dass sich im pflegerischen Selbstverständnis eine Anpassung an die Praxis vollzieht, wie sie sich im Wellenvergleich bereits andeutet.

Tabelle 21: Ist: Psychosoziale Versorgung wird erbracht aus Sicht der Pflegekräfte								
	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,33	***	0,32	***	0,31	**	0,25	*
Welle 2	0,02							
Welle 3	0,01							
Weiblich	0,01		-0,03		0,00		0,07	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	0,07	***	0,11	***	0,05		0,02	
Leitende Pflege	0,04		0,01		0,04		0,05	
Teilzeit	-0,03		-0,04		-0,03		-0,03	
Dauernachtschicht	-0,04		-0,03		-0,04		-0,18	
Tagdienst ohne Schicht	-0,02		-0,02		-0,05		0,02	
Privates Krankenhaus	-0,04		-0,06		-0,06		0,01	
Kleines Haus (< 200 Betten)	0,10	***	0,03		0,17	***	0,10	
Großes Haus (>1000 Betten)	-0,01		0,01		-0,02		-0,04	
Innere	-0,07	**	-0,06		-0,09	*	-0,03	
Pädiatrie	0,07	*	0,04		0,11		0,07	
Andere Fachabteilungen	-0,04		-0,06		-0,01		-0,04	

Koordinierte Behandlungen	0,08	***	0,10	***	0,08	**	0,03	
Schlechte wirtschaftliche Lage	-0,03		0,00		-0,08	*	-0,02	
Einfluss Verwaltung	-0,02		-0,03		0,01		-0,03	
Informationsfluss intern	0,09	***	0,06		0,09	*	0,13	**
Kooperation Ärzte - Pflege	0,10	***	0,09	**	0,13	***	0,14	**
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	-0,03		-0,02		-0,03		-0,06	
Anteil patientennaher Tätigkeit	0,06		0,05		0,10		0,01	
Anteil administrativer Tätigkeit	-0,05		-0,02		-0,06		-0,08	
Belastungen (Werte 0 - 1)	-0,28	***	-0,26	***	-0,32	***	-0,26	***
Ressourcen (Werte 0 - 1)	0,18	***	0,17	***	0,14	**	0,23	***
Soll: Psycho-soziale Unterstützung	-0,08	***	-0,10	***	-0,05		-0,07	
adj. R ²	0,11		0,08		0,13		0,12	

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 % - vgl. zur Methodik und der Merkmalsbildung das Kapitel Operationalisierung im Anhang

Legende: Die Konstante setzt sich zusammen aus Welle 1 (Befragungszeitpunkt), männlich (Geschlecht), Basispflegekraft mit bis zu 10 Jahren Berufserfahrung (Position), Vollzeit (Arbeitszeit), Wechselschicht mit und ohne Nachtdienst (Schichtdienst), öffentliches oder freigemeinnütziges KH (Träger), 201-1000 Betten (Krankenhausgröße), chirurgische Fachgebiete (Fachgebiet), keine koordinierte Behandlung (koordinierte Behandlung), keine schlechte wirtschaftliche Lage (Situation des H.), kein Einfluss der Verwaltung (Einfluss), schlechter Informationsfluss (Informationsfluss), schlechte Kooperation Ärzte – Pflege (Kooperation), kein zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), niedriger Anteil patientennaher Tätigkeiten (Anteil patientennaher Tätigkeiten), niedriger Anteil administrativer Tätigkeiten (Anteil administrativer Tätigkeiten), wenig Belastungen (Belastungen), wenig Ressourcen (Ressourcen) und Psycho-soziale Unterstützung nicht wichtig (Soll: Psycho-soziale Unterstützung).

Die Regression zeigt, dass in kleineren Häusern und auf pädiatrischen Stationen die Wahrscheinlichkeit höher ist, als Patient psychosozial angemessen versorgt zu werden (+10 bzw. +7 Prozentpunkte), während diese Form der Versorgung auf internistischen Stationen am wenigsten vorhanden ist. Erfahrene Pflegekräfte (+10 Prozentpunkte), die Existenz koordinierter Behandlungen (+8 Prozentpunkte), guter Informationsfluss (+9 Prozentpunkte), gute Kooperation von Ärzten und Pflege (+10 Prozentpunkte) sowie vor allem gute Arbeitsbedingungen (Ressourcen: +18 Prozentpunkte, Belastungen: -28 Prozentpunkte) verstärken deutlich die Wahrscheinlichkeit, dass eine psychosoziale Versorgung erbracht wird. Für die Pflegekräfte sind es also Belastungen, die im Wesentlichen darüber entscheiden, ob eine psychosoziale Versorgung erbracht wird oder nicht. Wer von seinem beruflichen Selbstverständnis her eine psychosoziale Versorgung als notwendig empfindet, nimmt anscheinend deutliche Mängel in der Versorgung wahr (-8 Prozentpunkte), d. h., die moralische Dissonanz ist bei diesen Pflegekräften am stärksten ausgeprägt.

Im Wellenvergleich zeigt sich, dass unter DRG-Bedingungen durchgängig eine gute Kooperation zwischen Ärzten und Pflege sowie das Vorhandensein von Ressourcen die psychosoziale Versorgung fördern, während Belastungen durchgängig das Gegenteil bewirken. Zugenommen haben dabei der Einfluss von Ressourcen und die Existenz von Kooperationsbeziehungen zwischen Ärzten und Pflege. 2008 ist vor allem die positive Bedeutung eines funktionierenden Informationsflusses gewachsen, während generative Effekte (>10 Jahre im Beruf), Größe des Hauses, Fachabteilung, koordinierte Behandlungen und das berufliche Selbstverständnis an Bedeutung verloren haben, da sie im Modell nicht mehr sichtbar werden. Daraus ableiten lässt sich eine Tendenz zur Heterogenisierung der Versorgung, da vor allem die aktuellen Arbeitsbedingungen darüber entscheiden, ob noch eine psychosoziale Versorgung erbracht wird oder nicht, während die Bedeutung des beruflichen Selbstverständnisses abgenommen hat.

Pflegestandard

Pflegekräfte wurden auch direkt nach der Qualität der Pflege in ihrer Abteilung gefragt. Unter DRG-Bedingungen hat unter Pflegekräften ein Personalabbau stattgefunden, der in Verbindung mit Arbeitsverdichtung und einer Beschleunigung von Prozessen eine Verschlechterung der Pflegequalität befürchten lässt (Buhr/Klinke 2006a).

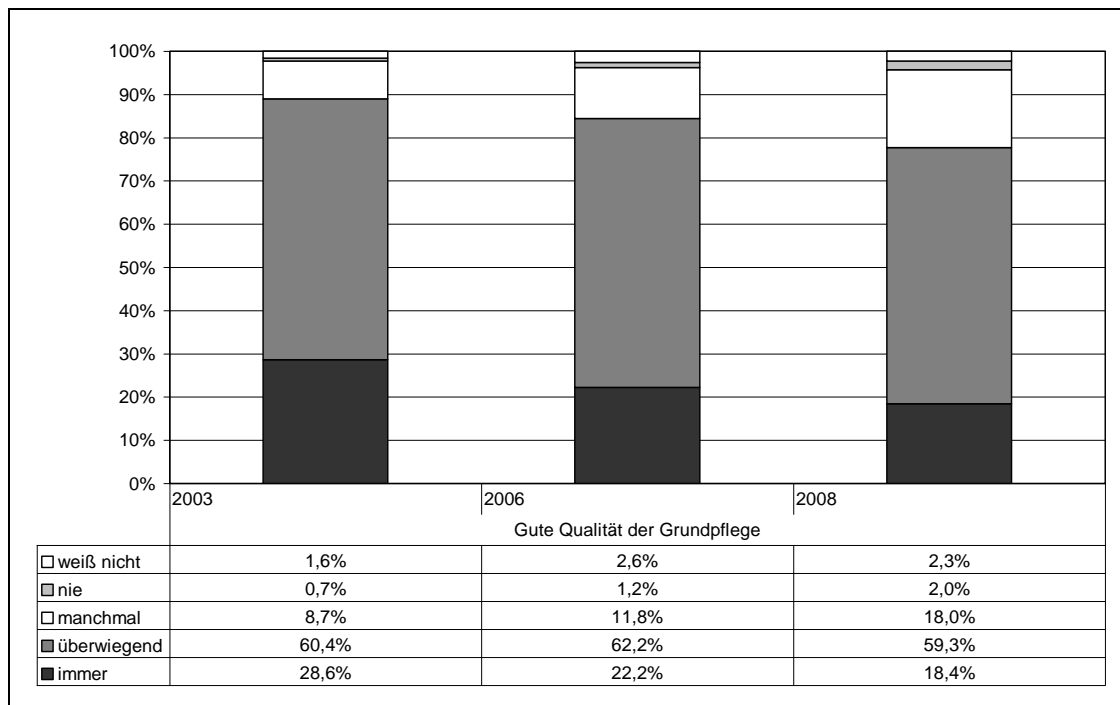


Abbildung 36: Gute Qualität der Grundpflege aus Sicht der Pflegekräfte

Auf den ersten Blick beurteilen die Pflegekräfte die Qualität ihrer eigenen Arbeit als überwiegend gut: 78 (2006 84, 2003 89 Prozent) Prozent der Pflegekräfte sind auch 2008 noch der Ansicht, eine gute Pflegequalität zu erbringen (Abbildung 36). Allerdings bezieht sich diese Frage nur auf die pflegerische Grundversorgung. Insofern ist es eher alarmierend, dass unter DRG-Bedingungen mittlerweile in 22 Prozent der Fälle noch nicht einmal die Grundpflege in guter Qualität gewährleistet ist, bei einem Rückgang der Prävalenz guter Grundpflege um 11 Prozentpunkte seit Einführung der DRG im Jahre 2003.

Tabelle 22: Ist: Gute Qualität der Grundpflege aus Sicht der Pflegekräfte (immer gut)

	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	-0,08		-0,12		-0,12		-0,22	*
Welle 2	-0,07	***						
Welle 3	-0,10	***						
Weiblich	0,08	***	0,09	*	0,09	*	0,07	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	0,06	**	0,06	*	0,09	**	0,01	
Leitende Pflege	0,10	***	0,06		0,16	***	0,05	
Teilzeit	-0,03		-0,04		-0,04		-0,01	
Dauernachtschicht	-0,02		-0,03		0,02		-0,06	
Tagdienst ohne Schicht	-0,09	**	-0,11	*	-0,05		-0,09	
Privates Krankenhaus	-0,01		-0,02		0,00		-0,03	
Kleines Haus (< 200 Betten)	-0,01		-0,02		0,01		-0,03	

Großes Haus (>1000 Betten)	0,02		0,03		0,02		0,01	
Innere	-0,02		0,00		-0,09	*	0,06	
Pädiatrie	0,04		0,02		0,10		0,04	
Andere Fachabteilungen	0,03		0,04		-0,03		0,09	*
Koordinierte Behandlungen	0,08	***	0,11	***	0,06	*	0,05	
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,01		0,03		-0,02		0,02	
Einfluss Verwaltung	0,02		0,01		0,06		0,01	
Informationsfluss intern	0,06	**	0,07	*	0,02		0,11	**
Kooperation Ärzte - Pflege	0,05	**	0,04		0,05		0,07	*
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	0,02		0,01		0,05		-0,03	
Anteil patientennaher Tätigkeit	0,10	**	0,07		0,14	*	0,12	
Anteil administrativer Tätigkeit	0,00		0,04		-0,04		0,01	
Belastungen (Werte 0 - 1)	-0,11	***	-0,16	**	-0,07		-0,06	
Ressourcen (Werte 0 - 1)	0,21	***	0,25	***	0,19	***	0,17	**
Soll: Psycho-soziale Unterstützung	-0,02		-0,01		-0,03		-0,03	
adj. R ²	0,08		0,08		0,07		0,07	

*** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1 %; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1 %; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5 % - vgl. zur Methodik und der Merkmalsbildung das Kapitel Operationalisierung im Anhang

Legende: Die Konstante setzt sich zusammen aus Welle 1 (Befragungszeitpunkt), männlich (Geschlecht), Basispflegekraft mit bis zu 10 Jahren Berufserfahrung (Position), Vollzeit (Arbeitszeit), Wechselschicht mit und ohne Nachtdienst (Schichtdienst), öffentliches oder freigemeinnütziges KH (Träger), 201-1000 Betten (Krankenhausgröße), chirurgische Fachgebiete (Fachgebiet), keine koordinierte Behandlung (Koordinierte Behandlung), keine schlechte wirtschaftliche Lage (Situation des H.), kein Einfluss der Verwaltung (Einfluss), schlechter Informationsfluss (Informationsfluss), schlechte Kooperation Ärzte – Pflege (Kooperation), kein zu hohes Arbeitspensum (Überforderung), niedriger Anteil patientennaher Tätigkeiten (Anteil patientennaher Tätigkeiten), niedriger Anteil administrativer Tätigkeiten (Anteil administrativer Tätigkeiten), wenig Belastungen (Belastungen), wenig Ressourcen (Ressourcen) und Psycho-soziale Unterstützung nicht wichtig (Soll: Psycho-soziale Unterstützung).

Die Regression zur Frage einer guten pflegerischen Grundversorgung (Tabelle 22) macht ebenfalls sichtbar, dass leitende Angestellte die Versorgungsqualität höher bewerten, als ihre Mitarbeiter (leitende Pflege: +10 Prozentpunkte). Aber auch Pflegerinnen mit langer Berufserfahrung (weiblich: +8 Prozentpunkte und >10 Berufsjahre: +6 Prozentpunkte) bewerten die Pflegequalität höher. Koordinierte Behandlungen (+8 Prozentpunkte), guter Informationsfluss (+6 Prozentpunkte), gute Kooperation von Ärzten und Pflege (+5 Prozentpunkte), ein hoher Anteil patientennaher Tätigkeit an der Arbeitszeit (+10 Prozentpunkte) und vor allem gute Arbeitsbedingungen (Ressourcen: +21 Prozentpunkte) fördern deutlich die Qualität der Grundpflege. Tagdienst ohne Schicht (-9 Prozentpunkte), aber vor allem schlechte Arbeitsbedingungen (Belastungen: -11 Prozentpunkte) führen dazu, dass Pflegekräfte weniger in der Lage sind, Patienten grundpflegerisch gut zu versorgen.

Der Wellenvergleich zeigt, dass – ausgehend von einer Niveauabsenkung (-10 Prozentpunkte) – die Kompensationskraft guter Arbeitsbedingungen unter DRG-Bedingungen kontinuierlich abnimmt (von +25 Prozentpunkten in 2003, über 19 Prozentpunkte 2006, zu nur noch 17 Prozentpunkten 2008). Kein anderer Faktor ist über alle Befragungen hinweg signifikant geblieben. Insbesondere 2008 stellt eine gewisse Zäsur da, denn bis dahin waren die Einflüsse der Eigenschaften Weiblich, Basispflege mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung und das Vorhandensein koordinierter Behandlungen als förderlich für eine gute Qualität sichtbar. Stattdessen wurden 2008 ein guter Informationsfluss und gute Kooperation zwischen Ärzten und Pflegekräften bedeutsam für die Qualität der Grundpflege. Insgesamt dominiert ein Niveaueffekt die Verteilung, der anscheinend zu einer Homogenisierung der Grundpflege bei gleichzeitiger Absenkung der Qualität geführt hat. Im DRG-Kontext gedeutet, kann man hierin einen Hinweis dafür sehen, dass die Grundpflege durch Standardisierung der Abläufe zwar verlässlicher und gleichförmiger, aber eben hauptsächlich hinsichtlich einer niedrigeren Qualität rationalisiert wurde.

5.6.3 Entlassung

Einer der unerwünschtesten Effekte der DRG war und ist mit der Entlassung von Patienten verbunden und wird mit Begriffen wie dem der „blutigen Entlassung“ oder der zu frühen Entlassung benannt.

Entlassungszeitpunkt

Eine kräftig von 45 % (2003) auf 34 % (2008) schrumpfende Gruppe der Pflegekräfte hält den Entlassungszeitpunkt „meist“ für „richtig“.

Die meisten von ihnen sehen parallel einen Prozess die PatientInnen „häufiger zu früh“ zu entlassen: Ein Anstieg von rund 13% auf 25%.

Interessanterweise sagen relativ viele Pflegekräfte, es würde „häufiger zu spät“ entlassen und ihr Anteil nimmt zwischen 2003 und 2008 sogar um fast 2 Prozentpunkte zu.

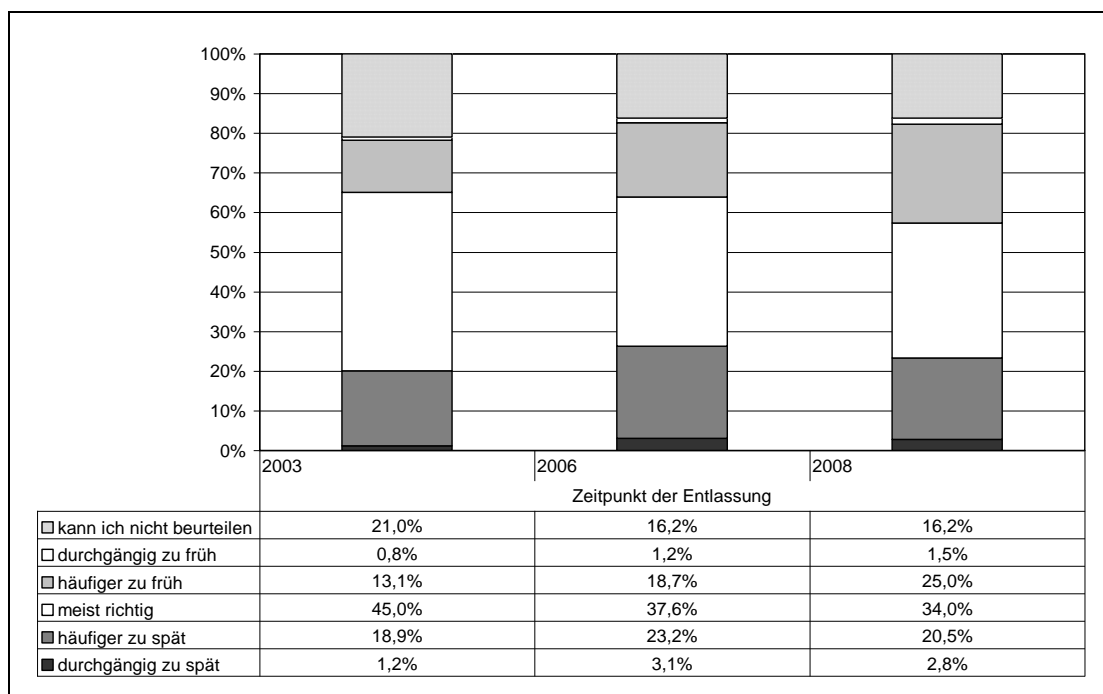


Abbildung 37: Entlassungszeitpunkt aus Sicht der Pflegekräfte

Welche objektiven und subjektiven Bedingungen häufig oder durchgängig zu frühe Entlassungen begünstigen, soll wiederum mit einer multivariaten Regressionsanalyse beleuchtet werden.

Allgemein zeigen sich auch unter Beachtung der zahlreichen Modellfaktoren hochsignifikante Einflüsse der Zeit: 2006 lag die Chance der zu frühen Entlassung 5 Prozentpunkte über der des Jahres 2003 und 2008 waren es gegenüber 2003 schon 12 Prozentpunkte.

Am meisten treten zu frühe Entlassungen bei Pflegekräften auf, die zugleich ein hohes Belastungsniveau aufweisen (+23 Prozentpunkte). Dabei kann zwar nichts zur Richtung des Zusammenhangs gesagt werden, aber wahrscheinlich tragen zu frühe Entlassungen zum Belastungsniveau bei und nicht Belastungen zur frühen Entlassung. Außerdem wirken sich die Größe des Krankenhauses (+ 8 Prozentpunkte) sowie die subjektiven Faktoren der Arbeit im Tagdienst (+ 8 Prozentpunkte) und

eine lange Berufserfahrung der Basis-Pflegekräfte noch begünstigend auf die Wahrnehmung häufig zu früher Entlassung aus.

Signifikant weniger häufig zu früh entlassen wird aus Sicht der Pflegekräfte nur in der Abteilung für Innere Medizin (- 4 Prozentpunkte), ein Wert der allerdings bei der Betrachtung von Einzeljahren nirgendwo mehr signifikant ist.

Tabelle 23: Entlassung häufig/durchgängig zu früh aus Sicht der Pflegekräfte multivariat

	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,06		-0,04		0,20		0,34	*
Welle 2	0,05	**						
Welle 3	0,12	***						
Weiblich	0,00		0,01		-0,03		-0,03	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	0,05	**	0,05		0,07	*	0,02	
Leitende Pflege	0,04		0,05		0,00		0,08	
Teilzeit	0,02		0,05		-0,03		0,08	
Dauernachtschicht	0,03		0,01		0,07		0,03	
Tagdienst ohne Schicht	0,08	*	0,08		0,10	*	0,00	
Privates Krankenhaus	0,01		0,03		0,04		-0,07	
Kleines Haus (< 200 Betten)	-0,03		-0,01		-0,02		-0,08	
Großes Haus (>1000 Betten)	0,08	**	0,06		0,11	*	0,05	
Innere	-0,04	*	-0,05		-0,02		-0,05	
Pädiatrie	0,01		-0,04		0,13	*	-0,03	
Andere Fachabteilungen	0,02		0,04		0,04		-0,05	
Koordinierte Behandlungen	-0,01		-0,03		0,00		0,01	
Schlechte wirtschaftliche Lage	0,03		0,03		0,03		0,07	
Einfluss Verwaltung	0,01		0,04		-0,07	*	0,09	
Informationsfluss intern	-0,01		0,00		0,01		-0,06	
Kooperation Ärzte - Pflege	-0,02		-0,04		-0,01		0,04	
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	0,01		0,03		0,00		0,01	
Anteil patientennaher Tätigkeit	-0,03		0,03		-0,07		-0,15	
Anteil administrativer Tätigkeit	0,05		0,03		0,04		0,06	
Belastungen (Werte 0 - 1)	0,23	***	0,28	***	0,12		0,29	***
Ressourcen (Werte 0 - 1)	-0,02		0,07		-0,05		-0,14	*
Soll: Psycho-soziale Unterstützung	0,00		-0,02		0,03		0,00	
adj. R ²	0,05		0,05		0,02		0,05	

Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagement

Nicht nur bei kürzer werdenden Liegezeiten und einer zunehmenden Schwere der Krankenhaus-Fälle, sondern auch darüber hinaus, stellt die Schnittstelle zwischen der stationären Behandlung und der nachstationären Weiterbehandlung, -versorgung und -unterstützung einen wichtigen Bestandteil der Versorgungsqualität dar. Die Notwendigkeit eines Entlassungs- Überleitungs- und Kooperationsmanagements war schon ohne aber vor allem mit DRG fast schon ein Gemeinplatz und schlug sich in einer Vielzahl von praktischen Konzepten nieder.

Nachdem bereits in einer Patientenbefragung in den Jahren 2003 und 2005 (siehe Braun/Müller 2006) das Fehlen wichtiger inhaltlicher Informationen festgestellt wurde, die normalerweise Bestandteil eines funktionierenden Entlassungsmanagements hätten sein müssen, fragten wir auch Ärzte und Pflegekräfte umfangreicher und spezifischer nach der Existenz und Funktionsweise dieses Elements der Entlassungsphase.

An den in der Abbildung 38 zusammengestellten Ergebnissen überrascht zunächst der hohe Anteil von 34 bis 29 % der voll ausgebildeten Pflegekräfte, welche die Existenz und Funktionsqualität des Entlassungsmanagements nicht beurteilen können. Bei einem guten Teil dieser Gruppe dürfte dies eigentlich nicht möglich sein, da Entlassungsvorgänge eigentlich zu ihren Kerntätigkeiten und –erfahrungen gehören und ein entlassungsbezogenes Angebot und seine Inanspruchnahme eigentlich auffallen müsste.

Ein funktionierendes Angebot wird aber nur von einem kontinuierlich von 37,3 % auf 31,9 % abnehmenden Anteil der befragten Pflegekräfte wahrgenommen. Bei einem bis 2008 auf fast ein Viertel der Befragten anwachsenden Gruppe existiert ein Entlassungsmanagement zwar, funktioniert aber nicht wie gewünscht. Der Anteil von Pflegekräften, die entweder kein Entlassungsmanagement kennen oder lediglich einen „Papiertiger“ steigt von 10 % (2003) auf 14,9 % (2008).

Das praktisch uneingeschränkt von allen wissenschaftlichen und administrativen Vertretern für notwendig und wichtig gehaltene Entlassungsmanagement verschlechtert sich also im Untersuchungszeitraum auf bereits relativ niedrigem Niveau. Diese Realität wird im Übrigen durch die bereits erwähnten Ergebnisse der Patientenbefragung und mehrfache Ärztebefragungen uneingeschränkt bestätigt (vgl. dazu zusammenfassend Braun et al. 2010).

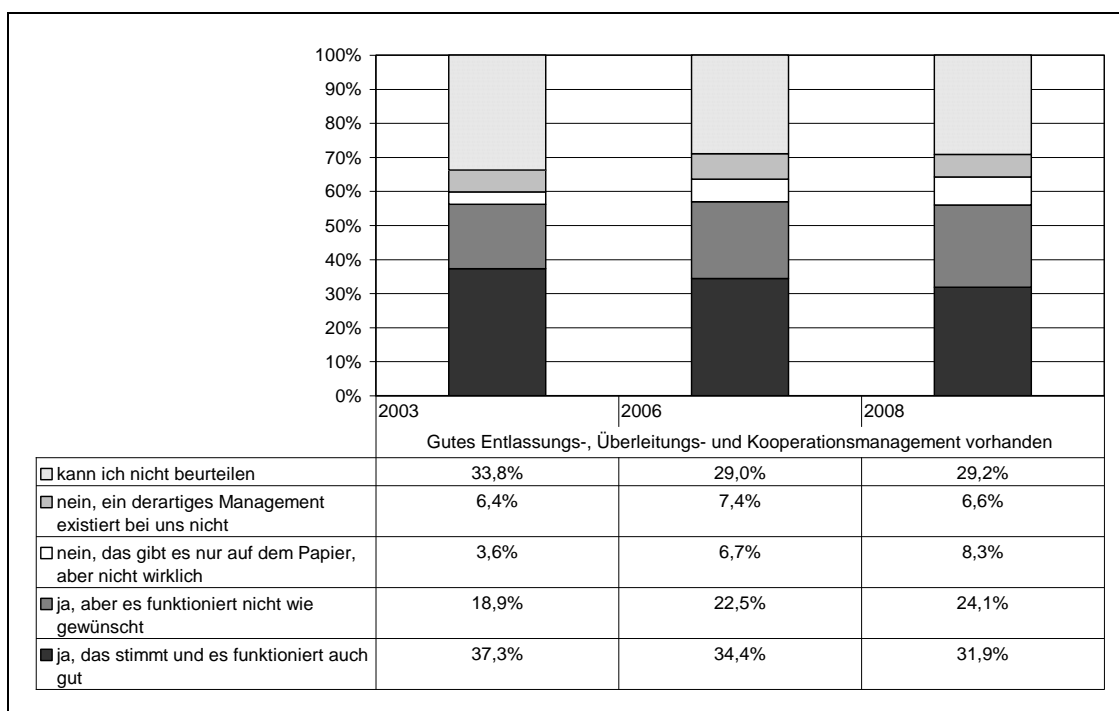


Abbildung 38: Entlassungsmanagement aus Sicht der Pflegekräfte

Die Ergebnisse einer auch hier durchgeführten multivariaten Regressionsanalyse bestätigen zweierlei: Erstens die statistisch signifikanten Verschlechterungen bei der Existenz eines gut funktionierenden Entlassungsmanagements in der Zeit (- 8 Prozentpunkte und - 9 Prozentpunkte in Welle 2 und Welle 3 jeweils gegenüber Welle 1) und zweitens, dass es sich dabei nicht um einen „Ausrutscher“ einer ansonsten gut funktionierenden Versorgung handelt, sondern die Entlassungsorganisation in engem Zusammenhang mit anderen organisatorischen Elementen der Krankenhaus-Versorgung steht.

Begünstigt wird in diesem Sinne ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement durch gleichzeitig existierende koordinierte Behandlungsabläufe (+ 15 Prozentpunkte), einen guten internen Informationsfluss (+ 10 Prozentpunkte) und eine gute Kooperation von Ärzten und Pflegekräften (+ 14

Prozentpunkte), in kleinen Krankenhäusern (+ 8 Prozentpunkte) und durch eine hohe Anzahl von Ressourcen der Pflegekräfte (+ 17 Prozentpunkte).

Abträglich wirken sich hohe Belastungen auf Existenz und Funktionsfähigkeit des Entlassungsmanagements aus (insgesamt 25 Prozentpunkte). Dieser Einfluss wird aber im Untersuchungszeitraum schwächer und ist 2008 auch nicht mehr statistisch signifikant. Umgekehrt sieht es beim Einfluss eines zu hohen Arbeitspensums der Pflegekräfte aus: Insgesamt gibt es nur geringe und nicht signifikante Hinweise, dass sich dies ungünstig auf das Entlassungsmanagement auswirkt. Erst 2008 sieht dies mit signifikant – 10 Prozentpunkten anders aus. Auch wenn der hohe Wert von – 28 Prozentpunkte im Jahr 2008 für Pflegekräfte mit einem hohen Anteil administrativer Tätigkeit nicht signifikant ist, liegt damit ein weiterer Hinweis vor, dass Entlassungsleistungen u. a. wegen der Arbeitsüberlastung von Pflegekräften nicht (mehr) erbracht werden.

<i>Tabelle 24: Gut funktionierendes Entlassungsmanagement aus Sicht der Pflegekräfte multivariat</i>								
	Ges.		2003		2006		2008	
Konstante	0,27	***	0,33	**	0,09		0,26	
Welle 2	-0,08	**						
Welle 3	-0,09	**						
Weiblich	0,03		0,03		0,03		0,03	
Basispflege (> 10 Jahre im Beruf)	0,05		0,08	*	0,07		-0,07	
Leitende Pflege	0,02		-0,01		0,07		0,00	
Teilzeit	0,01		-0,06		0,07		0,06	
Dauernachtschicht	-0,05		-0,05		-0,04		-0,13	
Tagdienst ohne Schicht	0,00		0,06		-0,03		-0,04	
Privates Krankenhaus	-0,04		-0,13	**	-0,01		0,04	
Kleines Haus (< 200 Betten)	0,08	**	0,09	*	0,06		0,11	
Großes Haus (>1000 Betten)	-0,01		-0,03		0,02		-0,03	
Innere	0,01		0,03		-0,03		0,01	
Pädiatrie	-0,05		0,03		-0,19	*	0,02	
Andere Fachabteilungen	-0,02		0,03		-0,08		0,00	
Koordinierte Behandlungen	0,15	***	0,16	***	0,16	***	0,15	**
Schlechte wirtschaftliche Lage	-0,05	*	-0,08	*	0,00		-0,07	
Einfluss Verwaltung	-0,02		-0,02		0,04		-0,11	*
Informationsfluss intern	0,10	***	0,12	**	0,07		0,12	*
Kooperation Ärzte - Pflege	0,14	***	0,10	**	0,18	***	0,17	**
Zu hohes Arbeitspensum Pflege	-0,03		0,01		-0,06		-0,10	*
Anteil patientennaher Tätigkeit	-0,02		0,01		-0,04		-0,14	
Anteil administrativer Tätigkeit	-0,02		0,07		0,02		-0,28	
Belastungen (Werte 0 - 1)	-0,25	***	-0,35	***	-0,23	**	-0,11	
Ressourcen (Werte 0 - 1)	0,17	***	0,08		0,25	***	0,18	*
Soll: Psycho-soziale Unterstützung	0,02		0,04		0,01		0,02	
adj. R ²	0,13		0,12		0,14		0,11	

Zusammenfassung zur Qualität des Versorgungsprozesses im Krankenhaus von der Aufnahme bis zur Entlassung

Auch wenn die Einführung der DRG nicht erkennbar zu selektiver Aufnahme von Patienten oder unmittelbarem Verzicht auf medizinisch notwendige Behandlungen geführt hat, wirkt sich das DRG-System durchaus auf die Abläufe im Krankenhaus und die Behandlung der Patienten aus. Unter DRG-Bedingungen wird die Verkürzung der Liegezeiten, die schon in den 1990er Jahren einsetzte, weiter vorangetrieben und eine striktere Durchsetzung der AEP-Kriterien von Kranken-

kassen betrieben. Hierdurch verlagert sich der Heilungsprozess in den nachstationären Bereich, dessen Mittelausstattung und teilweise medizinische Kompetenz (z. B. Wundmanagement) im Vergleich zum akutstationären Bereich schlechter ist und Anreize zur Unterversorgung von Patienten bestehen. Die Verkürzung der Liegezeiten wirkt sich für ältere Patienten tendenziell negativ aus, da soziale Kriterien bei der Entscheidung über den Entlassungszeitpunkt zunehmend keine Rolle mehr spielen.

Durch die Verkürzung der Liegezeiten nimmt die Sicht auf das unmittelbare Patienteninteresse ab, während betriebswirtschaftliche und handwerklich technische Aspekte als Maßstab des Behandlungserfolges in den Vordergrund rücken. Im Bereich der Pflege ist es vor allem die psychosoziale Versorgung, die aufgrund von Personalabbau immer schlechter zu gewährleisten ist. Auch die mobilisierende Pflege ist häufig aus Zeitgründen nicht mehr leistbar, und knapper Personaleinsatz bei Pflege und Ärzten an Wochenenden und in der Nacht sowie die Zusammenlegung von Stationen gefährden zunehmend eine sichere Versorgung der Patienten. Dies drückt sich in den quantitativen Befragungen darin aus, dass der Anteil derjenigen Pflegekräfte, die Einschränkungen bei der Versorgung mit medizinisch notwendigen Leistungen durch Erlöserwägungen beobachten, zunimmt und nur noch eine Minderheit der Pflegekräfte der Ansicht ist, dass die Versorgung sich nicht nach den Kosten richtet bzw. Kosten und medizinische Notwendigkeit nicht gegeneinander abgewogen werden.

Die Krankenhausleitungen verzichten unter DRG-Bedingungen bisher auf klare Vorgaben und lassen die Entscheidungskompetenz bei den (Chef-)Ärzten, nicht zuletzt weil diese auch formal verantwortlich und rechtlich für Behandlungsfehler haftbar sind. Allerdings zeigen die Umfragen, dass unter DRG-Bedingungen der Einfluss der Verwaltung tendenziell gestiegen ist, denn dort, wo ein solcher Einfluss besonders hoch ist, ist auch die Quote derer besonders hoch, die Formen von Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen in ihren Abteilungen beobachten. Die Pflegekräfte teilen mittlerweile immer häufiger die Ansicht, dass es notwendig ist, wirtschaftliche Gesichtspunkte bei der Behandlung zu berücksichtigen, nicht zuletzt deshalb, um ihren eigenen Arbeitsplatz zu sichern. Durch die DRGs werden den Pflegekräften die wirtschaftlichen Folgen ihrer Entscheidungen stärker vor Augen geführt. Insoweit tragen die DRGs zur Verankerung und Verbreitung betriebswirtschaftlicher Erwägungen im Krankenhaus bei. Insgesamt existieren anscheinend noch finanzielle Spielräume, die Krankenhausleitungen für gute Arbeitsbedingungen ihrer Beschäftigten nutzen können, denn dort, wo geringere Belastungen und mehr Ressourcen vorhanden sind, werden diese auch zugunsten der Patienten genutzt. Die Abnahme der Bedeutung guter Arbeitsbedingungen, z. B. hinsichtlich der Qualität der Grundpflege, deutet jedoch darauf hin, dass Entscheidungen im Sinne des Patienten nur so lange möglich sind, wie es die wirtschaftliche Situation des Hauses zulässt. Aufgebaut oder im Aufbau befindlich sind derzeit die Kennziffersysteme, die es der Verwaltung erlauben zu erkennen, welche Behandlungen Gewinne und welche Verluste bringen. Die Instrumente zur ökonomischen Steuerung des Leistungsgeschehens sind also bald vorhanden. Die Frage ist, wann der Punkt erreicht ist, dass sich die Krankenhausleitungen veranlasst sehen, stärker steuernd eingreifen zu wollen bzw. Mittel gefunden werden, interne Blockaden, die einer stärker gewinnwirtschaftlichen Steuerung der Leistungserbringung entgegenstehen, zu durchbrechen. Der Durchsetzungskraft von Pflegekräften gegenüber Verwaltung und Krankenkassen kommt im DRG-Zeitalter eine zunehmende Bedeutung zu. Bedenklich ist die zu beobachtende zunehmende grundsätzliche Akzeptanz einer Vermittlung von Interessen des Hauses mit denen des Patienten, die mit der Bedrohung des eigenen Arbeitsplatzes weiter zunehmen wird. Dementsprechend ist dort, wo die wirtschaftliche Lage des Hauses schlecht ist, Krankenkassen und Verwaltung einen besonders starken Einfluss auf Behandlungsentscheidungen nehmen und schlechte Arbeitsbedingungen herrschen, der Anteil der Pflegekräfte, die wirksame Leistungen aus Kostengründen vorenthalten wollen, hoch.

Das lässt vermuten, dass die Befürwortung der Rationierung, die zugleich die Infragestellung eines für viele Jahre gültigen beruflichen Selbstverständnisses³⁷ bedeutet, eine Form der Anpassung an die Anreize und Interessenkonflikte im Kontext von anhaltender Budgetierung und DRG-Entgeltsystem darstellt. Auch wenn bisher keine dramatische Verschlechterung einer „handwerklich“ ordentlichen Versorgung festzustellen ist, sind mit den DRG Mechanismen etabliert worden, die Anreize setzten, Patientenbedürfnisse systematisch zu vernachlässigen, wie es sich bereits deutlich im Fall der abnehmenden Qualität der Grundpflege zeigt.

In der Wahrnehmung der Pflegekräfte weist die Entlassungspraxis in mehrfacher Hinsicht (noch) Defizite auf, die sowohl die Versorgungsqualität der Patienten als auch den beruflichen Alltag der Krankenhausbeschäftigten erschweren und belasten:

- So nimmt der Anteil der Pflegekräfte, die den Entlassungszeitpunkt für „richtig“ hält um rund ein Drittel auf etwas mehr als ein Drittel aller Pflegekräfte ab. Die gleichzeitige Zunahme der Anteile der Pflegekräfte, die entweder einen „zu späten“ oder einen „zu frühen“ Entlassungszeitpunkt wahrnehmen, zeigt, dass eine neue „Normalität“ zwischen dem unteren und oberen Grenzerweildauerwert noch nicht entstanden ist und damit der größte Teil der Patient allein zeitlich betrachtet unangemessen und u. U. zu ihrem Nachteil entlassen wird.
- Dies wird noch durch das aus der Pflegekräfte-Sicht überwiegend nicht vorhandene oder nicht gut funktionierende und sich sogar verschlechternde Entlassungsmanagement unterstrichen. Diese, von den Ärzten sogar eher noch kritischer bewertete Situation ist umso verwunderlicher, weil eine gute Vorbereitung der Patienten auf ihre poststationäre Weiterbehandlung und Versorgung immer wieder als eine *conditio sine qua non* von kürzer werdenden Liegezeiten bezeichnet wurde und wird. Außerdem liegt die Verhinderung einer raschen Rehospitalisierung mit der gleichen Indikation wie beim Erstaufenthalt u. a. durch ein Entlassungs- und Kooperationsmanagement im unmittelbaren rationalen ökonomischen Interesse der Krankenhäuser. Ähnlich wie andere Aktivitäten im Krankenhaus (z. B. Patientenbefragungen³⁸) erscheint zum Zeitpunkt der Befragungen auch das Entlassungsmanagement eine eher symbolische, praxisferne und folgenlose Handlung zu sein.

5.6.4 Direkte Bewertung des DRG-Einflusses auf die Versorgungsqualität durch die Pflegekräfte

Welche Art von Einfluss die Pflegekräfte auf 5 vorgegebene Aspekte der Versorgungsqualität durch die DRGs wahrnehmen, zeigt die Abbildung 39.

³⁷ Gültig auch für diejenigen Ärzte und Pflegekräfte, die in ihrer Praxis zwar gegen sie verstießen, aber trotzdem die Norm als herrschend anerkannten. Eine Norm ist bis zu dem Zeitpunkt herrschend bzw. gültig, bis zu dem sie moralisch die Deutungshoheit besitzt. Beispiel: Solange Diebstahl allgemein als eine unrechtmäßige Handlung betrachtet wird, weiß auch der Dieb, dass er sich gerade ins Unrecht setzt, wenn er etwas stiehlt, was ihn aber nicht daran hindert, die Eigentumsnorm zu verletzen. Wird demgegenüber die Eigentumsnorm zunehmend als Ursache gesellschaftlicher Missstände in Frage gestellt und damit relativiert, dann wird so mancher Dieb zum Robin Hood und so mancher Manager zum gemeinen Dieb. Bezogen auf das berufliche Selbstverständnis der Ärzte, wird demgegenüber derzeit die Berücksichtigung gewinnwirtschaftlicher Interessen von einem Regelverstoß zu einer Regelbeachtung: Die Versorgungsbedarfe des Patienten werden relativiert durch eine Aufwertung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

³⁸ Belege für die eher symbolische Bedeutung von Patientenbefragungen in deutschen Krankenhäusern finden sich in einem aktuellen Überblick: „Patientenzufriedenheitsbefragungen im Krankenhaus: ‚Nice to have‘ oder ‚Duschen ohne Nass zu werden‘“ (<http://forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1884>)

Auf die pauschale Frage wie sich DRGs auf die Qualität der Versorgung auswirkten, meinte eine zwischen 2006 und 2008 von 51,1 % auf 55,3 % zunehmende Gruppe der Pflegekräfte, sie wirkten „eher negativ“. Auch bei den vier spezifischeren Aspekten von Versorgungsqualität hält bei unterschiedlichen Niveaus ein gleichbleibender (beim Umgang mit Patienten um die 30 % und der Durchführung notwendiger Therapien mit etwas mehr als 40 %) oder ebenfalls zunehmender Anteil (bei der Zufriedenheit der Patienten zwischen 50 % und 60 % und dem Umgang mit Risikopatienten zwischen 40 % und 50 %) der Pflegekräfte einen eher negativen Einfluss für gesichert. Umgekehrt sehen nur sehr kleine Gruppen der Pflegekräfte einen „eher positiv“ wirkenden Einfluss der DRG auf die Qualitätsmerkmale.

Die dadurch entstehenden Proportionen stellen sich beispielsweise beim Umgang mit Risikopatienten so dar: Einem von rund 40 % auf 47 % steigenden Anteil der Pflegekräfte, die hier eher negative Einwirkungen sehen, stehen lediglich 10 % und 11 % ihrer KollegInnen gegenüber, welche die Entwicklung eher positiv sehen. Der hohe Anteil von 19 % bzw. 18 % der Pflegenden, die dazu nichts zu sagen wissen, mag dadurch zu erklären sein, dass nicht alle Pflegekräfte mit PatientInnen dieser Art zu tun haben. 31 % und 24,5 % sehen schließlich keinen Einfluss der DRG auf diese Seite der stationären Versorgung.

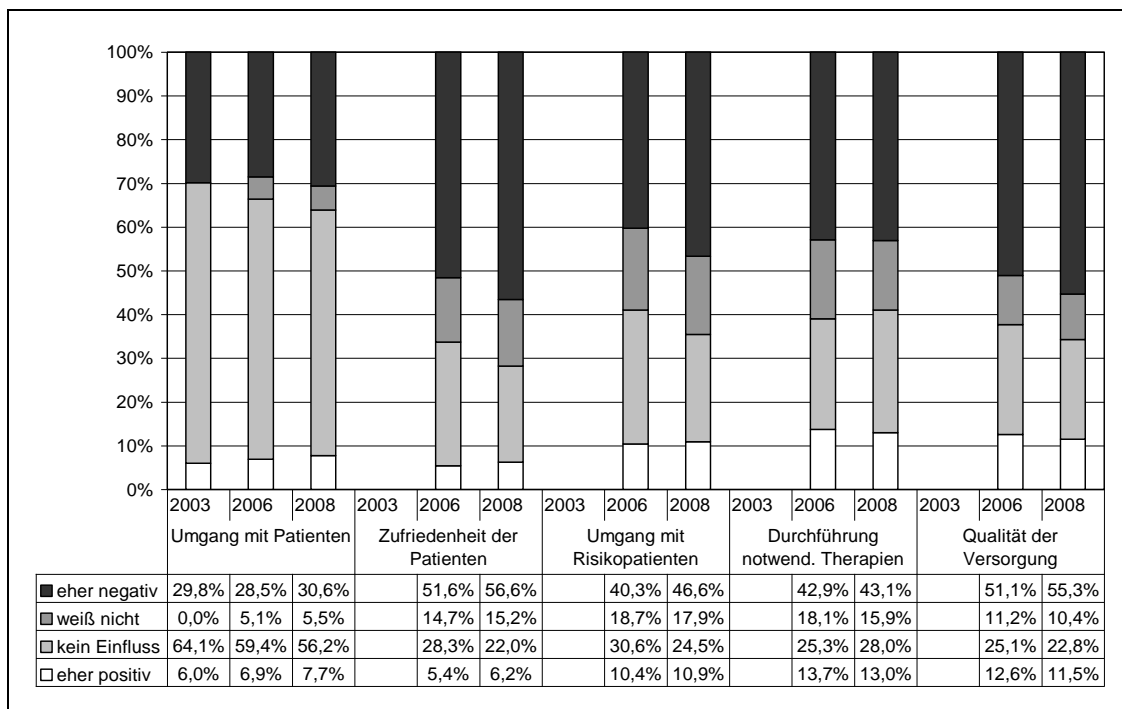


Abbildung 39: Bewertung des DRG-Einflusses auf die Versorgungsqualität aus Sicht der Pflegekräfte

5.7 DRG-Tendenzen, volkswirtschaftliche Lage und ihr Einfluss auf Motivation, Arbeitsplatzsicherheit und Qualität der Versorgung

Der möglichen Verzerrung einer Konzentration auf die DRG als einzigen Faktor, der Einfluss auf wichtige Merkmale der Berufstätigkeit von Pflegekräften im Krankenhaus und deren Qualität hat, beugten wir in der Befragung im Jahr 2008 dadurch vor, dass wir die Bewertung des DRG-Einflusses auf die Arbeitsmotivation, die Arbeitsplatzsicherheit und die Qualität der Versorgung in den Kontext der Bewertung des Einflusses anderer krankenhauses-internen oder -externen Bedingun-

gen stellten. Dabei hatten die Befragten die Möglichkeit ihre Bewertung dieser Bedingungen auf einer Skala von –3 über 0 bis +3 positiv bis negativ zu bewerten.

Über 90 % der Pflegekräfte bewerten auch auf dieser Skala den Einfluss der DRG auf die *Arbeitsmotivation* als negativ. 80 % sind aber auch der Meinung die Dokumentationsarbeit – sicherlich ein Element, das speziell durch die DRG eingeführt oder ausgebaut wurde – wäre negativ für die Arbeitsmotivation der Pflegekräfte. Knapp 60 % sehen einen negativen Anteil der Wirtschaftslage in der BRD.

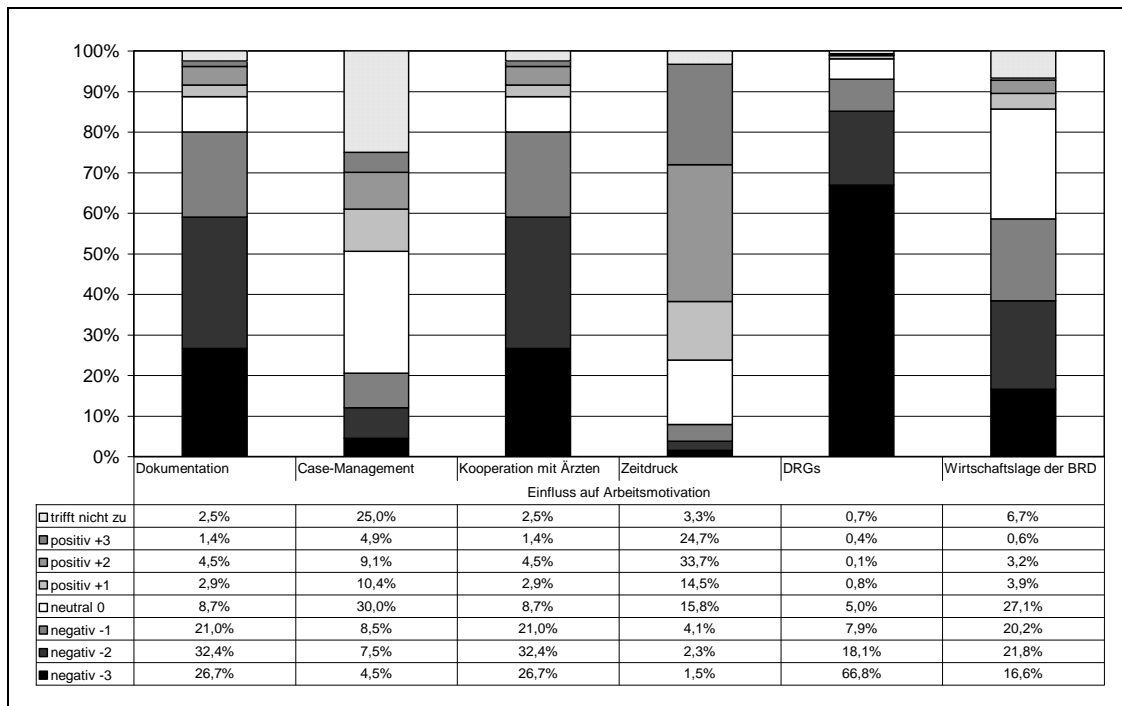


Abbildung 40: Einfluss auf die Arbeitsmotivation

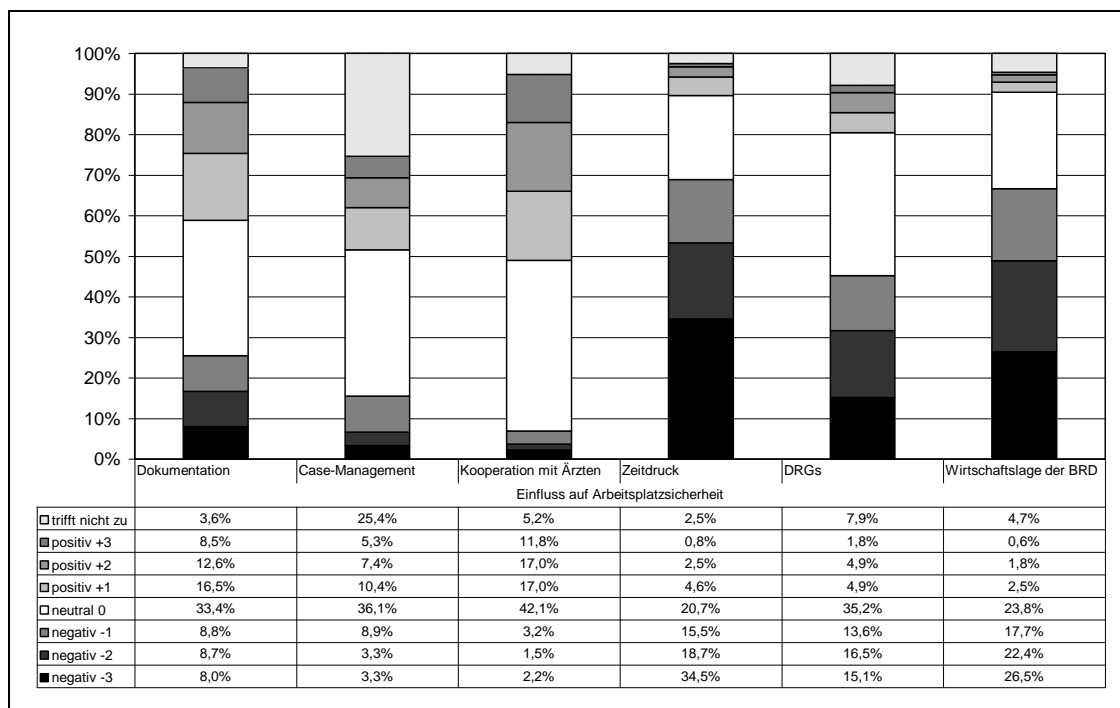


Abbildung 41: Einfluss auf Arbeitsplatzsicherheit

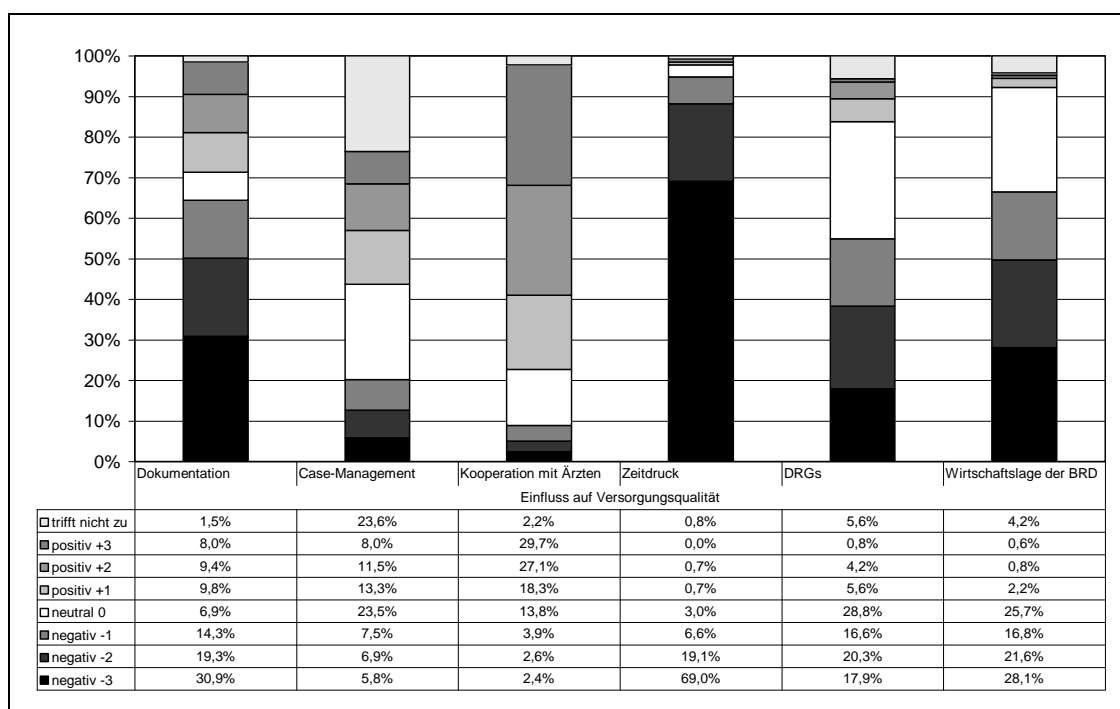


Abbildung 42: Einfluss auf Versorgungsqualität

6 Diskussion und Zusammenfassung

Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen in deutschen Krankenhäusern seit 2002 führte für die Krankenhäuser zu einer Umkehr der Anreize: War es vorher wirtschaftlich attraktiv, Patienten lange im Krankenhaus zu halten, um möglichst viele tagesgleiche Pauschalen zu erhalten, so musste es nunmehr ihr Interesse werden, Patienten so früh wie möglich wieder zu entlassen, weil die Fallpauschale unabhängig von der Liegezeit bezahlt wird. Nach Meinung der meisten Beobachter des Geschehens im stationären Sektor war diese Anreizumkehr eine echte Kulturrevolution im Krankenhaus. Aus Sicht der Krankenkassen, die das Geschehen im Krankenhaus nicht en détail kontrollieren und steuern können, war die Einführung der DRGs vor allem ein Projekt zur Kostenersparnis.

Aus Sicht der staatlichen Steuerung des Versorgungsgeschehens sollte die Einführung der DRGs vor allem dazu führen, die Krankenhäuser zu zwingen, sich selbst und der Umwelt Rechenschaft über Verbrauch und Kosten zu geben, also Transparenz zu schaffen. Dahinter stand nicht nur die Überzeugung, dass im Krankenhaus viele Ressourcen vergeudet werden; vielmehr war dies stets mit der – durch internationale Vergleiche gut unterfütterbaren – Annahme verbunden, dass die stationären Kapazitäten in Deutschland zu hoch sind. Es ging also auch um eine Schrumpfung des Angebotes.

Aus Sicht der Gesundheitssystemforschung sind die DRGs im Wesentlichen ein Teil eines seit Jahrzehnten beobachtbaren und sich beständig verschärfenden Prozesses der ‚Ökonomisierung‘ bzw. eines ordnungspolitischen Wandels, der durch die DRGs im stationären Sektor seinen bisherigen Höhepunkt erreicht hat. Diese Untersuchung der Lage der Pflege im Krankenhaus hat nun einige Schichten dieser komplexen Realität empirisch untersucht und zum Teil erstmals offengelegt.

Was sind nun Ökonomisierung bzw. ordnungspolitischer Wandel?

Zunächst einmal ist Ökonomisierung nichts per se „Böses“, weil es nach weithin übereinstimmender Auffassung richtig ist, dass solidarisch aufgebrauchte Beitragsmittel der GKV sparsam verwendet werden sollen und außerdem eine Überversorgung mit Leistungen keineswegs patientenorientiert ist. Ökonomisierung heißt dann, dass mit den verfügbaren (stets knappen) Mitteln der größtmögliche Nutzen gestiftet werden soll. In dieser allgemeinen Form bedeutet Ökonomisierung die Orientierung der medizinischen und pflegerischen Entscheidungen in der Versorgung am Kriterium des Nutzens, der Effektivität und – bei zwei gleich wirksamen, aber unterschiedlich teuren Leistungen – am Kriterium der Kosten-Effektivität. Nach dieser Definition hat Ökonomisierung nichts mit Rationierung – im Sinne der Vorenthaltung von verfügbaren medizinischen Interventionen mit erwiesenem gesundheitlichem Nutzen – zu tun, sondern baut lediglich Über- bzw. Fehlversorgung ab (SVRKAiG 2002a; b; c). Das große Problem in Theorie und Praxis besteht darin, diese Form der Ökonomisierung von der Überformung der medizinischen und pflegerischen Entscheidungen in der Versorgung durch das ökonomische Vorteilskalkül zu unterscheiden.

In dieser zweiten Bedeutung impliziert Ökonomisierung eine Änderung in den handlungsleitenden Zielen und Normen, bei denen dann nicht mehr die optimale Versorgung der Patienten im Vordergrund steht, sondern die Verbesserung bzw. Maximierung des Betriebsergebnisses. In diesem zweiten Sinn ist Ökonomisierung Teil des ordnungspolitischen Wandels, in dessen Verlauf durch Veränderungen der Begründungszusammenhänge, der Gewichtung von Argumenten sowie konkret durch Veränderungen von Anreizen und Rechten das gesamte Versorgungsniveau in der Krankenversorgung unter Druck gerät – und zwar sowohl auf der Makro- wie auf der Meso- wie auf der Mikroebene.

Ein solches Geschehen bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Qualität. Deshalb ist die Qualität der Leistungen der entscheidende Indikator, an dem Ausmaß und Tempo des ordnungspolitischen

Wandels zu messen sind. Qualität bezeichnet dabei sehr viel mehr als nur die technisch-handwerkliche Qualität, sie schließt auch die Angemessenheit der Leistungen für die Bedürfnisse und die soziale Situation der Patienten mit ein.

Nach der auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVRKAiG 2002a; b; c) verwendeten Definition von Qualität (nach Lohr 1990) bezeichnet Qualität das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen.

Diese sehr allgemeine Definition lässt sich in fünf Dimensionen operationalisieren:

1. Zum einen geht es um den ökonomisch und sozial undiskriminierten Zugang zu Gesundheitsleistungen, d. h. die Abwesenheit von Selektion nach anderen als gesundheitlichen Kriterien.
2. Zum zweiten geht es um die schnelle und wirksame Behandlung, also um die Leistungsfähigkeit des Systems.
3. Von großer Bedeutung ist weiterhin die Bedarfsgerechtigkeit, einschließlich der Beeinflussbarkeit der Leistungen durch die Bedürfnisse der Nutzer.
4. Stets problematisch ist das Kriterium der Wirtschaftlichkeit als Teil von Qualität. Im Modell ist das Verhältnis von Kosten zu Nutzen nur dann von Bedeutung, wenn zwei gleichwertige Leistungen mit unterschiedlichem Aufwand erbracht werden können, und die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis dann mit der Wahl der kostengünstigeren, aber gleich wirksamen Leistung beantwortet wird. Tatsächlich geht die Debatte stets dahin, marginale Wirksamkeitsverbesserungen gegen die damit verbundenen Mehrkosten abzuwägen und entsprechend zu entscheiden. Damit ist stets die Frage verbunden, wie ‚marginal‘ definiert wird.
5. Zur Qualität gehört auch die Finanzierbarkeit, weil nur nachhaltige Finanzierung der Versorgung zu nachhaltiger Verfügbarkeit von Versorgung führt.

Keines dieser Qualitätsziele ist auf Dauer, also nachhaltig, erreichbar, wenn die Arbeitssituation der Pflegekräfte von Unter-/Überforderung, Intransparenz, dauerndem Zeitdruck, geringen Handlungsspielräumen etc. gekennzeichnet ist und keine Entwicklungsperspektive bietet. Qualität ist auch nicht zu erwarten und schon gar nicht zu verbessern, wenn die Aufgaben nicht der Qualifikation entsprechen. Beide Faktoren zusammen können die Motivation der Pflegekräfte entweder verbessern oder verschlechtern und auf diesem Wege die Qualität der pflegerischen Versorgung maßgeblich beeinflussen.

Diese drei Querschnittsaspekte – Arbeitssituation, Qualifikation und Motivation der Pflegekräfte – sind schwierig zu messen und noch schwieriger zu quantifizieren. Diese Untersuchung der Lage der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern hat sich genau dieser Herausforderung gestellt und damit versucht, einen Beitrag zur Qualitätssicherung zu liefern.

Dies war insbesondere deshalb erforderlich, weil die in § 17b Nr. 8 KHG vorgeschriebene begleitende Qualitätssicherung der Einführung der DRGs von der dafür vorgesehenen Stelle (INEK) trotz klarem gesetzlichen Auftrages bisher nicht geleistet wurde. Wie an vielen Stellen (nicht nur im Gesundheitswesen) stellt sich die Frage der Bindungswirkung staatlicher Normen. Hinzukommt, dass auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2001/2002 – also bereits vor Einführung der DRGs – gefordert hatte, DRGs dann und nur dann einzuführen, wenn – von vornherein, über den gesamten Prozess und alle beteiligten Sektoren – eine sozialwissenschaftliche Begleitforschung gewährleistet ist (SVRKAiG 2002a; b; c). 2007 musste der SVR-G erneut das Fehlen der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung anmahnen (Sachverständigenrat

zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2008a; b). Insgesamt drängt sich bei dem zögerlichen und damit auch qualitativ verkürztem Umgang mit der Begleitforschung bei und seit der DRG-Einführung der Eindruck auf, dass keiner der beteiligten Akteure (Staat, GKV, Krankenhäuser) wirklich aktuell und genau wissen wollte, was bei der Umsetzung der DRGs im Krankenhaus passiert.

Auch wenn die WAMP-Erhebungen und -analysen also mehr als notwendig war, hatte sie natürlich ihre Grenzen: ‚Eigentlich‘ wäre es erforderlich gewesen, die Auswirkungen der DRG-Einführung auf das gesamte Versorgungssystem zu untersuchen, also die Veränderungen auf die übrigen Versorgungsaggregate – ärztliche Versorgung, ambulante Versorgung und Pflege, Rehabilitation – mit einzubeziehen. Denn die Versorgungsaufgaben und damit auch -qualitäten dieser Subsysteme sind von den Auswirkungen der DRG-Einführung ganz erheblich betroffen. Dieser – an sich notwendige – Zuschnitt einer Gesundheitssystem-Forschung war dem Projekt aus Kapazitäts- und Ressourcengründen nicht möglich.

Die selbst gestellte Aufgabe dieses Pflege-Projektes war es, zu dokumentieren und zu verstehen, wie die ‚Kulturrevolution‘ auf das System Krankenhaus und insbesondere die dort beschäftigten Pflegekräfte wirkt, da aus dem internationalen Kontext heraus bekannt war, dass diese unter DRG-Bedingungen besonders unter Druck geraten und u.a. von Stellenabbau betroffen werden. Verbunden war damit weiterhin die Suche nach Antworten auf die Frage, ob es Instrumente der Qualitätssicherung gibt, welche die unerwünschten Wirkungen ökonomischer Anreize wirksam kontrollieren können. Diese Frage stellt sich im Zuge der verstärkt gewinnwirtschaftlichen Ausrichtung nicht nur im Krankenhaus, sondern in allen betroffenen Subsystemen der Krankenversorgung. Die Antwort auf diese Frage bleibt sehr skeptisch.

Geforscht wurde schließlich auch deshalb, um fundierte Anregungen und Vorschläge für die Adjustierung der Steuerungswirkungen der DRGs geben zu können. So gesehen zeigen die hier präsentierten Zahlen eines sehr deutlich: Die Ausübung von Kostendruck auf die Krankenhäuser ist zunächst einmal damit verbunden, dass die Arbeitssituation vor allem der Pflege massiv verschlechtert wird und damit zugleich auch Verstöße gegen Kriterien der Versorgungsqualität und der Versorgungsgerechtigkeit befördert werden.

7 Literatur

2. FPÄndG (2004): Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz von 2004 (Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften), BGBl I. 3429-3444
- Arnold/Litsch/Schellschmidt (2000): Krankenhaus-Report 2000: Vergütungsreform mit DRGs. Stuttgart
- Badura, Bernhard/Gross, Peter (1977): Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen, in: Ferber, Christian von/Kaufmann, Franz-Xaver (Hrsg.): Soziologie und Sozialpolitik. Opladen, 361-385
- Bartholomeyczik, Sabine (2007): Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege., in: Dr. med. Mabuse, 57-60
- Bartholomeyczik, S./Donath, E./Schmidt, S./Rieger, M.A./Berger, E./Wittich, A./Dieterle, W. (2008): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Becker, Andreas/Beck, Udo/Pfeuffer, Bianca (2006): Alter, Schweregrad und Fallkosten bei gastroenterologischen Erkrankungen, in: Das Krankenhaus 98, 293-301
- Blum, Karl/Offermanns, Matthias/Perner, Patricia Perner (2007): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2007. Düsseldorf,
- Blum Karl, Matthias Offermanns, Patricia Perner (2008): Krankenhaus Barometer Umfrage 2008. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf (http://www.dkgev.de/media/file/5111.Bericht_KH_Barometer_2008.pdf)
- Böcking, Wolfgang/Ahrens, Ulrich/Kirch, Wilhelm/Milakovic, Mishaël (2005): First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries, in: Public Health 13, 128-137
- Borgetto, Bernhard (2006): Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung und Emanzipation, in: sozialersinn 7, 231-250
- BQS (2005a): Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2004. Düsseldorf
- BQS (2005b): Qualität sichtbar machen. Geschäftsbericht 2003/2004. Düsseldorf
- Braun B. (2010): Dreimal "Auswirkungen der DRGs": Ähnliche und völlig unterschiedliche Ergebnisse und Bewertungen dreier Politikfolgen-Studien (<http://forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1775>)
- Braun, Bernard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf (2008): Die Begleitforschung zur DRG-Einführung. Außer Spesen nichts gewesen... oder ein (fast) gescheitertes Experiment der Politikfolgenanalyse, in: Deutsches Ärzteblatt 105, A 732-A 735
- Braun, Bernard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern
- Braun, Bernard/Buhr, Petra/Müller, Rolf (2007): Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. St. Augustin
- Braun, Bernard/Müller, Rolf (2003): Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. Sankt Augustin
- Braun, Bernard/Müller, Rolf (2006): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. St. Augustin
- Braun, Bernard/Müller, Rolf/Timm, Andreas (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. St. Augustin
- Brizioli, Enrico/Fraticelli, Aureliano/Marcobelli, Alberico/Paciaroni, Enrico (1996): Hospital payment system based on diagnosis related groups in Italy: early effects on elderly patients with heart failure., in: Archives of Gerontology and Geriatrics. 23, 347-355
- Buhr, Petra/Klinke, Sebastian (2006a): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Berlin
- Buhr, Petra/Klinke, Sebastian (2006b): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. Bremen
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (2007): Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2006. Düsseldorf,

- Bundesgesetzblatt (2003): Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Fallpauschalenänderungsgesetz - FPÄndG), in: BGBl. I, 1461-1470
- Bundesgesetzblatt (2004): Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften - 2. FPÄndG, in: BGBl. I, 3429-3444
- Bundesgesetzblatt (2009): Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG), in: BGBl. I, 534-549
- Busse, Reinhard/Riesberg, Annette (2005): Gesundheitssysteme im Wandel - Deutschland. Kopenhagen
- Coffey, Rosanna M. (1999): Casemix Information in the United States: Fifteen Years of Management and Clinical Experience, in: Casemix Quarterly 1,
- Coffey, Rosanna M./Louis, Daniel Z. (2001): Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA, in: Arnold, Michael/Litsch, Martin/Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart/New York, 33-47
- Dahlgaard, Knut/Stratmeyer, Peter (2005): Patientenorientiertes Management der Versorgungsprozesse im Krankenhaus, in: Pflege & Gesellschaft 10, 142-149
- DEGEMED (2008): Positionspapier „Pflege in der Rehabilitation“, in: Pflege“, Arbeitskreis „Reha und (Hrsg.). Berlin,
- Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hrsg.) (2002): Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. Hamburg
- Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG), BT-Drs. 14/6893 vom 11.09.2001
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Köln,
- DKG (Hrsg.) (2005): Deutsche Kodierrichtlinien. Version 2006. Düsseldorf
- Drösler, Saskia E. (2006): Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V und ihre Darstellung im Internet - eine vergleichende Analyse, in: Klauber, Jürgen/Robra, Bernt-Peter/Schellschmidt, Henner (Hrsg.): (Krankenhausreport 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart, New York, 207-223
- Duckett, Stephen J. (2001): Das australische AR-DRG-Klassifikationssystem für den Krankenhausbereich, in: Arnold, Michael/Litsch, Martin/Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart/New York, 67-74
- Dyrna, André (2005): Rückkehr zur Ganzheitlichkeit, in: Krankenhaus Umschau 74, 985-996
- Etgeton, Stefan (2006): Nutzerorientierung im Gesundheitswesen, in: IPP-INFO 2, 4
- Eversmeyer, Martin (2001): Das DRG-System stoppt in Australien nicht den Ausgabenanstieg, in: f&w 18, 230-232
- Feld, Michael (2005): Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Weiterbildung wird zum lästigen Nebenprodukt, in: Deutsches Ärzteblatt 30, A-2128/B-1796/C-1700
- Fincham, Jack E. (2006): A Global Perspective on Managed Care and Pharmacy Education, in: American Journal of Pharmaceutical Education 70,
- Fischer, Wolfram (2002): Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Bern
- Fisher, Dale A./Murray, Jo M./Cleary, Michael I./Brewerton, Rita E. (1998): The Aboriginal and Torres Strait Islander Casemix Study, in: Medical Journal of Australia 169, S11-S16
- Frantz, Eckart/Scharfe, Frank (2005): Fallpauschalensystem: Verzögerte Infarktbehandlung belohnt, in: Deutsches Ärzteblatt 102, A-1112
- Freytag, Antje (2001): DRGs, die Qualität von Krankenhausleistungen und Vertragsfreiheiten für Krankenkassen: Ein vernachlässigter Zusammenhang, in: Arbeit und Sozialpolitik, 14-21
- Fürstenberg T., et al. (2010): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 1b Absatz 8 KHG. Endbericht des ersten Forschungszyklus 2004 bis 2006 (http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/content/view/full/2495)
- Grabbe, Yvonne/Nolting, Hans-Dieter/Loos, Stefan (2005): DAK-BGW-Gesundheitsreport 2005 - stationäre Pflege. Berlin,
- Haas, Nikolaus (2006): Fallpauschalen. Die australische Realität, in: Deutsches Ärzteblatt 103, A1729/A1730

- Hammann, Barbara (2007): Weiterentwicklung gastroenterologischer DRGs. Auswirkungen auf ein Krankenhaus der Maximalversorgung., in: Das Krankenhaus. 99, 447-452
- Hasselhorn, Hans-Martin/Müller, Hans-Peter (2005): Arbeitsbelastung und -beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa - Ergebnisse der NEXT-Studie, in: Badura, Bernhard/Schellschmidt, Henner/Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2004. Berlin/Heidelberg, 21-47
- Hasselhorn, Hans-Martin/Tackenberg, Peter/Büscher, Andreas/Stelzig, Stephanie/Kümmerling, Angelika/Müller, Bernd Hans (2005): Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland, in: Hasselhorn, Hans-Martin/Müller, Bernd Hans/Tackenberg, Peter, et al. (Hrsg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Dortmund/Berlin/Dresden, 135-146
- Hausner, Elke/Juchems, Stefan/Richter, Inga/Schulze Geiping, Annika/Simon, Mario/Voß, Karin/Wiedemann, Regina/Donath, Elke/Bartholomeyczik, Sabine (2005): Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRG, in: Pflege & Gesellschaft 10, 125-130
- Höppner, Heidi. (2004a): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Frankfurt/Main: Mabuse
- Höppner, Heidi (2004b): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus. Reihe Wissenschaft: Band 66, Frankfurt/M.: Mabuse Verlag 2004
- Horsch, Roswitha (1996): Referat zum Thema "BERUFSBILD", in: Pfänder-Götz, Martha (Hrsg.): Referat für den Fachbereich Berufskunde. München,
- Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>
- Kane, Robert L./Shamliyan, Tatyana A./Muelle, Christine/Duval, Sue/Wilt, Timothy J. (2007): The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis, in: Medical Care 45, 1195-1204
- Keppler, Petra (2001): Einfluss der DRG auf die Pflege, in: Pflegezeitschrift, 234-235
- Klauber, Jürgen/Robra, Bernt-Peter/Schellschmidt, Henner (Hrsg.) (2006): Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart, New York
- Klinke, Sebastian (2003): Ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitssystem als Folge der Reformgesetzgebungsbemühungen, Diplom Studiengang Politikwissenschaft. Bremen,
- Klinke, Sebastian (2007): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Auswertung der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004, Teil II. Berlin
- Klinke, Sebastian/Kühn, Hagen (2006): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Berlin
- Klinke, Sebastian/Müller, Rolf (2008): Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität aus Sicht hessischer Krankenhausärzte. Bremen
- Knesebeck von dem Olaf, Kirstin Grosse Frie, Jens Klein, Karl Blum, Johannes Siegrist (2009): Psychosoziale Arbeitsbelastungen, Patientenversorgung und betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus - Eine Befragung von Ärzten und Krankenhäusern - Projekt der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf, Hamburg
- Köhler, Friedbert (2002): Auswirkungen des DRG-Systems auf Anschluss- und Rehabilitationsbehandlung in Sydney, New South Wales, Australien, in: Rehabilitation 41, 10-13
- Konetzka, Tamara/Stearns, Sally C./Park, Jeongyoung (2007): The Staffing-Outcomes Relationship in Nursing Homes, in: Health Services Research,
- Körner, Thorsten/Busse, Reinhard (2001): Reformen im Krankenhaus: Wie können Effekte von Reformen auf Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenoutcomes erfasst und analysiert werden?, in: Arbeit und Sozialpolitik 55, 19-29
- Kühn, Hagen (1991): Rationierung im Gesundheitswesen. Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte. Berlin,
- Kühn, Hagen (1997): Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA, in: WZB (Hrsg.): Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Berlin,
- Kühn, Hagen (2002): Arzt-Patient-Beziehung und ökonomische Steuerung des Arztverhaltens, in: Meißel, T./Eichberger, G. (Hrsg.): Perspektiven einer künftigen Psychiatrie. Linz, 77-101
- Kühn, Hagen (2003): Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit, in: Büssing, A./Glaser, J. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 77-98

- Kühn, Hagen (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Elsner, G./Gerlinger, Th./Stegmüller, K. (Hrsg.): Markt versus Solidarität - Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg, 25-41
- Kühn, Hagen (2005): Patient-Sein und Wirtschaftlichkeit, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 42, 8-25
- Kühn, Hagen (2006): Der Ehtikbetrieb in der Medizin. Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung. Berlin
- Kühn, Hagen/Klinke, Sebastian (2007): Krankenhaus im Wandel. Zeit- und Kostendruck beeinflussen die Kultur des Heilens, in: universitas 62, 55-62
- Kühn, Hagen/Simon, Michael (2001): Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung. Abschlussbericht. Berlin,
- Lauterbach, Karl W./Lüngen, Markus (2000): DRG-Fallpauschalen: eine Einführung. Stuttgart, New York
- Lenk, Christian/Biller-Andorno, Nikola /Alt-Epping, Bernd/Anders, M./Wiesemann, Claudia (2005): Ethik und Fallpauschalen. Welche Veränderungen in der Patientenversorgung sind zu erwarten?, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 130, 1653-1655
- Lohr KN, ed. (1990). Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington, DC: National Academy Press
http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=1547#toc
- Louis, D. Z./Yuen, E. J./Braga, M./Cicchetti, A./Rabinowitz, C./Laine, C./Gonnella, J. S. (1999): Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy., in: Health Services Research 34, 405-415
- Lüngen, Markus/Lauterbach, Karl W. (2002): Qualitätssicherung auf der Basis der DRG-Finanzierung, in: Zeitschrift für Sozialreform 48, 133-163
- Manzeschke, Arne (2006): "Wenn das Lächeln verloren geht". Beobachtungen zu Profession und Ethos in den Gesundheitsberufen, in: sozialersinn 7, 251-272
- Needleman, Jack/Buerhaus, Peter I./Stewart, Maureen/Zelevinsky, Katya/Mattke, Soeren (2006): Nurse Staffing in Hospitals: Is There A Business Case for Quality?, in: Health Affairs 25, 204-211
- o. A. (2005): Deutsche Kodierrichtlinien. Version 2006. Düsseldorf
- Ordon, Christine/Verbarg, Andrea/Winnefeld, Marlies (2005): Die Auswirkungen auf die AHB und BfA nach Einführung des DRG-Systems im Krankenhaus, in: Die Angestelltenversicherung 52, 30-38
- Page, Ann (2004): Keeping Patients Safe. Washington, D.C.
- Perelman, Sergio/Closon, Marie-Christine (2007): Hospital response to prospective financing of in-patient days: The Belgian case., in: Health Policy. 84, 200-209
- Reimon, Michel/Felber, Christian (2003): Schwarzbuch Privatisierung. Wasser, Schulen, Krankenhäuser - was opfern wir dem freien Markt? Wien
- Rochell, Bernhard/Roeder, Norbert (2001): DRG-basierte Entgeltsysteme in Europa, in: Arnold, Michael/Litsch, Martin/Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart/New York, 49-65
- Roeder, Norbert/Fiori, Wolfgang/Bunzemeier, Holger (2007): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster,
- Ruben, Alan R./Fisher, Dale A. (1998): The casemix system of hospital funding can further disadvantage Aboriginal children, in: Medical Journal of Australia 169, S6-S10
- Rühmkorf, Daniel (2005): Heilen im Minutentakt, in: Dr. med. Mabuse 153, 25 - 27
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008a): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008b): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden
- Salfeld, R.; Hehner, S.; Wichels, R. (2009): Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Berlin: Springer. Einleitungskapitel S. 2-15 kostenlos erhältlich unter:
<http://www.buchhandel.de/WebApi1/GetMmo.asp?MmoId=5452850&mmoType=PDF>
- Schmidt, S./Bartholomeyczik, S./Dieterle, W./Wittich, A./Donath, E./Rieger, M. (2008): Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. In: Pflege & Gesellschaft 2: 102-118
- Simon, Michael (2000a): Neue Krankenhausfinanzierung - Experiment mit ungewissem Ausgang. Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem. Berlin, 39

- Simon, Michael (2000b): Was die Umstellung auf DRG für die Krankenhäuser bedeutet, in: *Pflegezeitschrift*, 734-737
- Statistisches Bundesamt (2007): Fachserie 12. Reihe 6.1.1. Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser 2006. Wiesbaden,
- Stratmeyer, Peter (2002): Richtungswechsel - Medizinische und pflegerische Versorgung im Zeitalter der Diagnosis Related Groups (DRGs), in: *Nightingale*, 3-11
- SVRKAiG (2002a): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Addendum: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Gutachten 2000/2001, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden,
- SVRKAiG (2002b): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden,
- SVRKAiG (2002c): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden,
- Theurl, Engelbert/Winner, Hannes (2007): The impact of hospital financing on the length of stay: Evidence from Austria., in: *Health Policy*. 82, 375-389
- Tourangeau, Ann E./Doran, Diane M./McGillis Hall, Linda/O'Brien Pallas, Linda/Pringle, Dorothy/Tu, Jack V./Cranley, Lisa A. (2007): Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients., in: *Journal of Advanced Nursing*. 57, 32-44
- Vogd, Werner (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen (>>frames<<) und Rahmungsprozessen. Berlin
- von Eiff, Wilfried/Klemann, Ansgar/Meyer, Nora (Hrsg.) (2007): REDIA-Studie II - Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Münster
- von Eiff, Wilfried/Klemann, Ansgar/Middendorf, Conrad (2005): REDIA-Studie. Analyse der Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Münster
- von Stackelberg, Johann-Magnus (2005): DRG: Werden die Anreize richtig gesetzt?, 4. Nationales DRG-Forum. Berlin,
- Weissman, Joel S./Rothschild, Jeffrey M./Bates, David W./Bendavid, Eran /Sprivulis, Peter/Facem, Fachi/Cook, Francis (2007): Hospital Workload and Adverse Events., in: *Medical Care*. 45, 448-455
- Wieteck, Pia (2005): Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG, in: *Pflege & Gesellschaft* 10, 115 - 124
- Willis, Eileen (2005): The variable impact of new public management and budget cuts on the work intensification of nurses and doctors in one public hospital in South Australia between 1994 and 2000, in: *Australian Bulletin of Labour* 31, 255-269
- Wilmsen-Neumann, Jürgen (2005): Stirbt die ganzheitliche Sicht des Menschen? Das deutsche DRG-System und die Palliativmedizin, in: *Kliniker* 34, 24-28
- Wingenfeld, Klaus (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus: Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern

Anhang - Operationalisierung der einzelnen Begriffe

In diesem Abschnitt wird beschrieben, wie die Begriffe aus dem entworfenen Wirkmodell durch die Antwortmöglichkeiten aus den Befragungen der Ärzte, Pflegekräfte und Patienten operationalisiert wurden. Es soll versucht werden, die Wirkzusammenhänge mittels der Analyse der Befragungsdaten zu überprüfen. Zur Illustration und Vertiefung werden zu den Analysen der Befragungsdaten Zitate aus den Fallstudien hinzugefügt.

Fast alle Variablen sind als so genannte Dummy-Variablen kodiert. Das bedeutet, die Variable bekommt den Wert 1, wenn die Bedingung erfüllt ist und den Wert 0, wenn die Bedingung nicht erfüllt ist. In den Regressionsmodellen wird durch die Integration solcher Variablen immer der Unterschied zur Referenzkategorie gemessen.

Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen werden als Approximation über die Erhebungszeitpunkte gemessen. Die Befragungswellen spiegeln dann jeweils die Zustände zu den jeweiligen Phasen der DRG-Einführung. Kodierung:

Welle $x = 1$ für die Befragungswelle, sonst 0.

Persönliche und strukturelle Merkmale

Geschlecht: Frauen – Referenz: Männer und Missing.

Berufserfahrung und Stellung: Leitende Pflegekraft, Basispflegekraft mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung – Basispflegekraft mit bis zu 10 Jahren Berufserfahrung. (Leitende Pflegekraft ist definiert durch Angaben Stationsleitung, Stellvertretende Stationsleitung, Gruppenleitung, Stellvertretende Gruppenleitung oder Pflegeleitung.)

Trägerschaft: Privater Träger – Referenz: öffentliche Träger und Missing.

Krankenhausgröße: < 200 Betten; >1000 Betten – Referenz: 201 – 1000 Betten und Missing.

Fachabteilung: Innere (einschließlich Kardiologie), Pädiatrie, Andere Fachabteilungen (inklusive Onkologie, Orthopädie, HNO, Augen, Haut, Neurologie, Geriatrie, andere Fachgebiete) – Referenz: Chirurgie (einschließlich Urologie u. a., Gynäkologie, Geburtshilfe und Missing).

Arbeitszeit: Teilzeit (Welle 2003: alle Angaben, die nicht Vollzeit und nicht Missing sind; Welle 2006: alle Angaben Teilzeit oder vertragliche Arbeitszeit bis 30 Stunden) – Referenz: Vollzeit und Missing.

Schichtdienst: Dauernachtdienst; nur Tagdienst ohne Schicht – Referenz: Wechselschicht mit und ohne Nachtdienst (inklusive Bereitschaftsdienst und sonstigem Dienstmodus) und Missing.

Koordinierte Abläufe (z. B. Case Management, Clinical Pathways usw.): Wert 1, wenn Angabe „ja“ – Referenz: Nein, weiß nicht und Missing.

Wirtschaftliche Lage: Schlechte wirtschaftliche Lage (Wenn Angst um Arbeitsplatz wegen Schließung des Hauses, der Abteilung oder wegen Personalreduktion) – Referenz: alle anderen inklusive Missing.

Verhältnis der Berufs- und Funktionsgruppen zueinander

Einfluss der Verwaltung auf das Belegungsmanagement: Wert 1, wenn Angabe 'ja', sonst 0.

Einfluss des medizinischen Personals auf das Belegungsmanagement: Wert 1, wenn Angabe 'ja', sonst 0.

Informationsfluss (Patientenbezogene Information bekommt man nicht zufällig): Wert 1, wenn zur Frage, ob die Information zufällig kommt, 'nein' geantwortet wurde – Referenz: Antwort 'ja' und Missing.

Kooperation zwischen Ärzten und Pflegekräften: Wert 1, wenn Angabe zur Kooperation „sehr gut“ oder „eher gut“ – Referenz: alle anderen.

Kooperation zwischen eigener Berufsgruppe und Verwaltung/Qualitätsmanagement: Wert 1, wenn Angabe zur Kooperation „sehr gut“ oder „eher gut“ – Referenz: alle anderen. (In der Welle 2006 wurden die Angaben zu Verwaltung und Qualitätsmanagement getrennt abgefragt. Priorisiert wurden die Angaben zur Verwaltung, wenn dort fehlende Werte auftraten, wurden die Angaben zum Qualitätsmanagement übernommen.)

Arbeitsinhalte und Arbeitsvolumen

Anteil pflegerischer oder patientennaher Tätigkeit: Anteil der Arbeitsstunden mit patientennahen oder pflegerischen Tätigkeiten an den Arbeitsstunden pro Tag. Der Wertebereich liegt zwischen 0 (keine patientennahen oder pflegerischen Tätigkeiten inklusive Missing) und 1 (nur patientennahe oder pflegerische Tätigkeiten). (Umstellung in den Antwortmöglichkeiten: 2003: Patientennahe Tätigkeiten; 2006: pflegerische Tätigkeiten und Patienten-/ Angehörigengespräche. Für die Variable wurde die Summe gebildet.)

Anteil administrativer Tätigkeit: Anteil der Arbeitsstunden mit administrativen Tätigkeiten (z. B. Planung, Dokumentation, Besprechungen, Organisation) an den Arbeitsstunden pro Tag. Der Wertebereich liegt zwischen 0 (keine administrativen Tätigkeiten inklusive Missing) und 1 (nur administrative Tätigkeiten).

Arbeitspensum ist nicht zu schaffen: Wenn die Zahl der Überstunden im letzten Monat über 15 Stunden lag – Referenz: Überstunden bis 15 Stunden und Missing.

Arbeitsbelastungen, Ressourcen und Arbeitszufriedenheit

Arbeitsbelastung: Zu den Belastungen konnten unter anderem folgende Aussagen beurteilt werden:

„Ich empfinde in meiner Arbeit eine starke Belastung durch...

- ...einen andauernd hohen Zeitdruck.
- ...anstrengende Patienten/Angehörige.
- ...störende Unterbrechungen.
- ...zu viele administrative Tätigkeiten.
- ...ständig wechselnde Schichten.
- ...eine allgemein schlechte Arbeitsorganisation.“

Zur Konstruktion der Variablen "Belastungen" wurde die Anzahl der Merkmale, die mit „immer“ oder „überwiegend“ beantwortet wurden, durch 6 dividiert. Damit ergibt sich ein Wertebereich von 0 (keine Belastung) bis 1 (alle Belastungen).

Ressourcen: Zu den Ressourcen konnten folgende Aussagen beurteilt werden:

„Ich empfinde...

- ...meine Arbeit als interessant und abwechslungsreich.
- ...genügend Handlungsspielräume in meiner Arbeitseinteilung.
- ...in meiner Arbeit viele Chancen, etwas dazuzulernen.
- ...durch meine Arbeit eine starke persönliche Bestätigung.
- ...meine sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz als positive Kraft.“

Zur Konstruktion der Variablen "Ressourcen" wurde die Anzahl der Merkmale, die mit „immer“ oder „überwiegend“ beantwortet wurden, durch 5 dividiert. Damit ergibt sich ein Wertebereich von 0 (keine Ressourcen) bis 1 (alle Ressourcen).

Wechselwunsch: Wert 1, wenn schon mal über einen Wechselwunsch nachgedacht wurde ("ja") – Referenz: "nein" und Missing. (In 2003 Auswahl "nein", "ja"; in 2006 Auswahl "ja", "nein".) Missing bleibt unberücksichtigt.

Berufliches Selbstverständnis

Würdevolle Behandlung: Wert 1, wenn diese Aussage, "Ich lege Wert auf eine würdevolle Behandlung des/der Patienten/in", mit "immer" bewertet wurde – Referenz: "überwiegend", "manchmal" oder "nie". Fehlende Werte und "weiß nicht" sind auf Missing gesetzt.

Soll: Aus Kostengründen Leistungen vorenthalten (nur 2006): Wert 1, wenn diese Aussage, "Aus Kostengründen muss man Patienten effektive medizinische Leistungen vorenthalten", als "richtig" oder "eingeschränkt richtig" bewertet wurde – Referenz: "stimme gar nicht zu" oder "stimme eher nicht zu". Fehlende Werte sind auf Missing gesetzt.

Soll: Abwägung Leistung und Kosten (nur 2006): Wert 1, wenn die Aussage, "Das medizinisch Notwendige und die Kosten müssen gegeneinander abwogen werden", mit "stimme voll zu" oder "stimme eher zu" bewertet wurde – Referenz: "stimme gar nicht zu" oder "stimme eher nicht zu". Fehlende Werte sind auf Missing gesetzt.

Soll: Psycho-Soziale Versorgung: Wert 1, wenn die Aussage, 2003: "Zur Behandlung gehört grundsätzlich eine soziale und emotionale Zuwendung" oder 2006: "Zur Behandlung sollte grundsätzlich eine soziale und emotionale Zuwendung gehören", mit "stimme voll zu" oder "stimme eher zu" bewertet wurde – Referenz: alle anderen.

Versorgungsqualität Aufnahme

Ausführliche Pflegeaufnahme: Zu folgenden drei Fragen konnte mit "Immer", "Überwiegend", "Manchmal", "Nie" oder "Weiß nicht" geantwortet werden:

- Der Pflegeaufwand wird bereits bei der Aufnahme erhoben.
- Von jedem/jeder Patienten/in wird bei uns eine Pflegeanamnese erhoben.
- Für jede/n Patienten/in gibt es bei uns eine Pflegeplanung.

Wenn in allen drei Fragen mit "Immer" oder "Überwiegend" geantwortet wurde, erhält die Variable den Wert 1; wenn eine Antwort "weiß nicht" oder Missing ist, wird die Variable auf Missing gesetzt; alle anderen Fälle gehören zur Referenzkategorie.

Versorgungsqualität Behandlung

Pflegequalität immer gut: Wert 1, wenn die pflegerische Grundversorgung "immer" einwandfrei läuft – Wert 0, wenn die Versorgung nur "überwiegend", "manchmal" oder "nie" einwandfrei läuft. Fehlende Werte und "weiß nicht" sind auf Missing gesetzt.

Ist: Die Versorgung richtet sich nach den Kosten (nur 2006): Wert 1, wenn auf die Frage, ob sich die Behandlung nicht nach den Kosten richtet, mit "trifft gar nicht zu" oder "trifft eher nicht zu" geantwortet wurde. Der Wert 0 steht für die Antworten "trifft eher zu" und "trifft voll zu". Fehlende Werte sind auf Missing gesetzt.

Ist: Kosten und medizinische Notwendigkeit werden gegeneinander abgewogen (nur 2006): Wert 1 bei Antworten "trifft voll zu" und "trifft eher zu". Der Wert 0 steht für die Antworten "trifft gar nicht zu" oder "trifft eher nicht zu". Fehlende Werte sind auf Missing gesetzt.

Ist: Eine soziale und emotionale Zuwendung findet ausreichend statt: Wert 1 bei Antworten "stimme voll zu" und "stimme eher zu" (2003) bzw. "trifft voll zu" und "trifft eher zu" (2006). Der Wert 0 steht für die Antworten "stimme gar nicht zu" oder "stimme eher nicht zu" bzw. "trifft gar nicht zu" oder "trifft eher nicht zu". Fehlende Werte sind auf Missing gesetzt.

Versorgungsqualität Entlassung

Entlassungszeitpunkt zu früh: Wert 1, wenn der Entlassungszeitpunkt häufiger oder durchgängig zu früh liegt. Wert 0, wenn der Entlassungszeitpunkt häufiger oder durchgängig zu spät oder richtig liegt. (In 2003 gab es die Antwortoption "von Belegungssituation abhängig". Außerdem wurde in 2006 die Reihenfolge der Antwortmöglichkeiten gedreht.) Fehlwerte und fehlende Beurteilungsfähigkeit sind auf Missing gesetzt.

Gut funktionierendes Entlassungsmanagement: Frage 2003: Unser Krankenhaus verfügt über ein gutes Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagement mit Hausärzten/innen und ambulanten Diensten...; Frage 2006: Unser Krankenhaus verfügt über ein gutes Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagement mit niedergelassenen Ärzten/innen sowie mit stationären und ambulanten Diensten...: Wert 1 bei Antwort "Ja, das stimmt und es funktioniert auch gut"; Wert 0, wenn die Kooperation nicht wie gewünscht funktioniert oder nicht vorhanden ist. Wenn die Aussage nicht beurteilt werden konnte und bei Fehlwerten wurde die Variable auf Missing gesetzt.